



DZIENNIK USTAW

RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 28 kwietnia 2023 r.

Poz. 827

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA RODZINY I POLITYKI SPOŁECZNEJ¹⁾

z dnia 27 kwietnia 2023 r.

w sprawie określenia wzorów miesięcznych i rocznych informacji o zatrudnieniu, kształceniu lub o działalności na rzecz osób niepełnosprawnych

Na podstawie art. 21 ust. 2^f ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 100, 173 i 240) zarządza się, co następuje:

§ 1. Określa się wzory informacji, składanych Zarządowi Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przez pracodawców osiągających wskaźniki zatrudnienia osób niepełnosprawnych, o których mowa w art. 21 ust. 2–2b ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, zwanej dalej „ustawą”, jednostki organizacyjne, o których mowa w art. 21 ust. 2e ustawy, oraz pracodawców, o których mowa w art. 22 ust. 1 ustawy:

- 1) wzór informacji ewidencyjnej zgłoszeniowej lub aktualizacyjnej, o symbolu INF-Z, stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia;
- 2) wzór informacji miesięcznej o zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, o zatrudnieniu i kształceniu osób niepełnosprawnych lub o działalności na rzecz osób niepełnosprawnych, o symbolu INF-1, stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia;
- 3) wzór informacji rocznej o zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, o zatrudnieniu i kształceniu osób niepełnosprawnych lub o działalności na rzecz osób niepełnosprawnych, o symbolu INF-2, stanowiący załącznik nr 3 do rozporządzenia.

§ 2. 1. Informacje, o których mowa w § 1 pkt 1 i 2, za okresy sprawozdawcze począwszy od października 2022 r. oraz informacje, o których mowa w § 1 pkt 3, za okresy sprawozdawcze począwszy od 2022 r. składa się według wzorów określonych w niniejszym rozporządzeniu.

2. Informacje, o których mowa w § 1 pkt 1 i 2, za okresy sprawozdawcze do września 2022 r. włącznie oraz informacje, o których mowa w § 1 pkt 3, za okresy sprawozdawcze do 2021 r. włącznie składa się według wzorów określonych w przepisach dotychczasowych.

3. Zmian w informacjach, o których mowa w ust. 1 i 2, dokonuje się, składając informacje według wzorów określonych w niniejszym rozporządzeniu.

4. W okresie czterech miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia:

- 1) informacje, o których mowa w § 1 pkt 1 i 2, za okresy sprawozdawcze począwszy od października 2022 r. oraz informacje, o których mowa w § 1 pkt 3, za 2022 rok mogą być składane według wzorów określonych w przepisach dotychczasowych;
- 2) zmian w informacjach, o których mowa w pkt 1 i ust. 2, można dokonywać, składając informacje według wzorów określonych w przepisach dotychczasowych.

¹⁾ Minister Rodziny i Polityki Społecznej kieruje działem administracji rządowej – zabezpieczenie społeczne, na podstawie § 1 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 6 października 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Rodziny i Polityki Społecznej (Dz. U. z 2022 r. poz. 416).

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.²⁾

Minister Rodziny i Polityki Społecznej: *M. Maląg*

²⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 września 2018 r. w sprawie określenia wzorów miesięcznych i rocznych informacji o zatrudnieniu, kształceniu lub o działalności na rzecz osób niepełnosprawnych (Dz. U. poz. 1857), które traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia zgodnie z art. 81 pkt 1 ustawy z dnia 5 sierpnia 2022 r. o ekonomii społecznej (Dz. U. poz. 1812 i 2140).

Załączniki do rozporządzenia Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 27 kwietnia 2023 r. (Dz. U. poz. 827)

Załącznik nr 1

WZÓR

Informacja ewidencyjna zgłoszeniowa lub aktualizacyjna



INF-Z

Tę informację sporządza pracodawca zwolniony z wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON), jeżeli osiąga odpowiedni wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych, o którym mowa w art. 21 ust. 2, 2a lub 2b ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 100, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”, lub jest jednostką organizacyjną, o której mowa w art. 21 ust. 2e ustawy, a także pracodawca uprawniony do wystawiania informacji o kwocie obniżenia wpłat na PFRON, o którym mowa w art. 22 ust. 1 ustawy – za okres wpisany w pozycji 3. Składa się ją¹ do PFRON² nie później niż 20. dnia miesiąca następującego po miesiącu z poz. 3. Obowiązek ten wynika z art. 21 ust. 2f pkt 1 ustawy. Informację INF-Z można składać wraz z informacją INF-1 lub INF-2 albo odrębnie. Można nie składać informacji INF-Z, jeżeli nie zmieniły się dane wykazane we wcześniejszej informacji INF-Z lub w deklaracji DEK-Z³.

To jest informacja⁴ zgłoszeniowa / aktualizacyjna z dnia⁵ (2) _____ - _____ - _____ za okres⁶ (3) _____ - _____, składana wraz z informacją⁷ (4) _____.

Dane pracodawcy

Numer w rejestrze PFRON:⁸ (5) _____ NIP:⁹ (6) _____ REGON:¹⁰ (7) _____
Pracodawca:¹¹ (8) _____ Ulica: (9) _____
Nr domu: (10) _____ Nr lokalu: (11) _____ Miejscowość: (12) _____ Kod pocztowy: (13) _____
Poczta: (14) _____ Telefon:¹² (15) _____ E-mail:¹³ (16) _____

Adres do korespondencji¹⁴

Adresat:¹⁵ (17) _____ Ulica: (18) _____
Nr domu: (19) _____ Nr lokalu: (20) _____ Miejscowość: (21) _____ Kod pocztowy: (22) _____
Poczta: (23) _____ Telefon:¹² (24) _____ E-mail:¹³ (25) _____

Dodatkowe informacje o pracodawcy¹⁶

Typ pracodawcy:¹⁷ (26) _____ Struktura pracodawcy:¹⁸ (27) _____ Stan pracodawcy:¹⁹ (28) _____ Identyfikator adresu:²⁰ (29) _____
Status pracodawcy:²¹ (30) _____ Data wydania decyzji:²² (31) _____ - _____ - _____ Data uzyskania statusu:²³ (32) _____ - _____ - _____
Data utraty statusu:²⁴ (33) _____ - _____ - _____ Dysponowanie zakładowym funduszem:²⁵ (34) _____ Bycie podmiotem pomocy:²⁶ (35) _____
Status przedsiębiorstwa społecznego:²⁷ (36) _____ (uzyskany:²⁸ (37) _____ - _____ - _____ utracony:²⁹ (38) _____ - _____ - _____)
Forma prawna:³⁰ (39) _____ Szczególna forma prawna:³¹ (40) _____ Forma własności:³² (41) _____ Wielkość:³³ (42) _____ PKD:³⁴ (43) _____
Pełna nazwa organu rejestrowego:³⁵ (44) _____ Data rejestracji:⁵ (45) _____ - _____ - _____
Nazwa rejestru lub ewidencji:³⁶ (46) _____ Numer w rejestrze lub ewidencji (47) _____

Podleganie obowiązkowi wpłat na PFRON

Okres, za który po raz pierwszy pracodawca podlegał obowiązkowi składania informacji INF-1 lub deklaracji wpłat:³⁷ (48) _____ - _____
Pierwszy obowiązek sprawozdawczy:³⁸ (49) _____

Osoba odpowiedzialna za kontakty z PFRON

Imię i nazwisko: (50) _____ Telefon:¹² (51) _____ E-mail:¹³ (52) _____

Uwagi

Oświadczenia końcowe

Oświadczam, że znam przepisy dotyczące wpłat na PFRON. Dane zawarte w informacji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Imię i nazwisko osoby upoważnionej:³⁹ (53) _____ Podpis:⁴⁰ (54) _____

Objaśnienia do formularza INF-Z

¹ Informację INF-Z składa się w formie dokumentu elektronicznego.

² Zarząd PFRON mieści się pod adresem: al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.

³ Deklaracja wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych – deklaracja ewidencyjna składana na podstawie art. 49 ust. 2 ustawy.

⁴ Proszę w odpowiednim polu wstawić znak „X”.

⁵ Proszę wpisać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.

⁶ Proszę wpisać okres sprawozdawczy w formacie rok-miesiąc, w którym:

- pracodawca stał się podmiotem zobowiązanym do składania informacji INF-1, a dotychczas nie złożył informacji INF-Z ani deklaracji DEK-Z lub
- zmieniły się dane wykazane we wcześniejszej informacji INF-Z lub w deklaracji DEK-Z.

⁷ W poz. 4 proszę wpisać kod informacji, wraz z którą jest składana ta informacja INF-Z: 1 – dla informacji INF-1, 2 – dla informacji INF-2. W przypadku składania tej informacji INF-Z bez innych informacji proszę wpisać 0.

⁸ Proszę wpisać numer, jeżeli został nadany pracodawcy przed dniem złożenia informacji.

⁹ Proszę wpisać numer identyfikacji podatkowej, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa.

¹⁰ Proszę wpisać numer REGON, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa. W przypadku posiadania 9-cyfrowego numeru REGON w poz. 7 proszę po dziewiętej cyfrze wpisać pięć zer.

¹¹ Proszę wpisać pełną nazwę albo imię i nazwisko pracodawcy. Pozycję 8 proszę wypełniać jednolicie w składanych informacjach, o których mowa w art. 21 ust. 2f ustawy, i deklaracjach, o których mowa w art. 49 ust. 2 ustawy.

¹² W przypadku korzystania z telefonu proszę wpisać dziewięciocyfrowy numer telefonu.

¹³ Proszę wypełnić w przypadku korzystania z poczty elektronicznej.

¹⁴ Poz. 17–25 proszę wypełnić, jeżeli adres, na który PFRON ma kierować korespondencję do pracodawcy, jest inny niż adres wykazany w bloku *Dane pracodawcy*.

¹⁵ Proszę wpisać odpowiednio imię i nazwisko osoby lub nazwę podmiotu, do których należy kierować korespondencję do pracodawcy. Pozycję 17 proszę wypełniać jednolicie w składanych informacjach, o których mowa w art. 21 ust. 2f ustawy, i deklaracjach, o których mowa w art. 49 ust. 2 ustawy.

¹⁶ Poz. 44–47 wypełnia się, jeżeli obowiązek wykazania pracodawcy w ewidencji lub rejestrze wynika z przepisów prawa.

¹⁷ Kod typu pracodawcy składa się z dwóch znaków.

Pierwszy dotyczy podstawowego typu pracodawcy.

Pracodawcy, o których mowa w art. 21 ust. 2a ustawy, wpisują: A01 – państwowa jednostka organizacyjna – jednostka budżetowa, A02 – państwowa jednostka organizacyjna – zakład budżetowy, A03 – państwowa jednostka organizacyjna – gospodarstwo pomocnicze, A04 – państwowa jednostka organizacyjna – instytucja kultury, A05 – państwowa jednostka organizacyjna – jednostka organizacyjna zajmująca się statutowo ochroną dóbr kultury uznanych za pomnik historii, A06 – samorządowa jednostka organizacyjna – jednostka budżetowa, A07 – samorządowa jednostka organizacyjna – zakład budżetowy, A08 – samorządowa jednostka organizacyjna – gospodarstwo pomocnicze, A09 – samorządowa jednostka organizacyjna – instytucja kultury, A10 – samorządowa jednostka organizacyjna – jednostka organizacyjna zajmująca się statutowo ochroną dóbr kultury uznanych za pomnik historii, A11 – inna jednostka organizacyjna zajmująca się statutowo ochroną dóbr kultury uznanych za pomnik historii,

Pracodawcy, o których mowa w art. 21 ust. 2b ustawy, wpisują: B01 – uczelnia publiczna, B02 – uczelnia niepubliczna, B03 – publiczna wyższa szkoła zawodowa, B04 – niepubliczna wyższa szkoła zawodowa, B05 – szkoła publiczna, B06 – szkoła niepubliczna, B07 – publiczna placówka opiekuńczo-wychowawcza, B08 – niepubliczna placówka opiekuńczo-wychowawcza, B09 – publiczna placówka resocjalizacyjna, B10 – niepubliczna placówka resocjalizacyjna, B11 – zakład kształcenia nauczycieli, B12 – publiczny żłobek, B13 – niepubliczny żłobek, B14 – regionalna placówka opiekuńczo-terapeutyczna, B15 – interwencyjny ośrodek preadopcyjny, B16 – klub dziecięcy, B17 – publiczne przedszkole, B18 – niepubliczne przedszkole, B19 – publiczne inne formy wychowania przedszkolnego, B20 – niepubliczne inne formy wychowania przedszkolnego,

Pracodawcy, o których mowa w art. 21 ust. 2e ustawy, wpisują: E01 – publiczna jednostka organizacyjna niedziałająca w celu osiągnięcia zysku, której wyłącznym przedmiotem prowadzonej działalności jest rehabilitacja społeczna i lecznicza osób niepełnosprawnych, E02 – publiczna jednostka organizacyjna niedziałająca w celu osiągnięcia zysku, której wyłącznym przedmiotem prowadzonej działalności jest edukacja osób niepełnosprawnych, E03 – publiczna jednostka organizacyjna niedziałająca w celu osiągnięcia zysku, której wyłącznym przedmiotem prowadzonej działalności jest opieka nad osobami niepełnosprawnymi, E04 – niepubliczna jednostka organizacyjna niedziałająca w celu osiągnięcia zysku, której wyłącznym przedmiotem prowadzonej działalności jest rehabilitacja społeczna i lecznicza osób niepełnosprawnych, E05 – hospicjum, E06 – dom pomocy społecznej, E07 – niepubliczna jednostka organizacyjna niedziałająca w celu osiągnięcia zysku, której wyłącznym przedmiotem prowadzonej działalności jest edukacja osób niepełnosprawnych, E08 – niepubliczna jednostka organizacyjna niedziałająca w celu osiągnięcia zysku, której wyłącznym przedmiotem prowadzonej działalności jest opieka nad osobami niepełnosprawnymi, E09 – zakład opiekuńczo-leczniczy,

Pozostali pracodawcy wpisują: ZZZ – inny pracodawca, podmiot lub inna osoba.

Drugi znak dotyczy uzupełniającego typu pracodawcy: 1 – podmiot publiczny w rozumieniu art. 3 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2022 r. poz. 2240), 2 – podmiot inny niż publiczny realizujący zadanie finansowane z udziałem środków publicznych lub zamówienie publiczne, 3 – niewymieniony w 1 ani 2 przedsiębiorca lub organizację pozarządową, o których mowa w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2023 r. poz. 571), 0 – inny pracodawca.

¹⁸ Proszę wpisać 1 – w przypadku jednostki organizacyjnej, o której mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 5 września 2016 r. o szczególnych zasadach rozliczeń podatku od towarów i usług oraz dokonywania zwrotu środków publicznych przeznaczonych na realizację projektów finansowanych z udziałem środków pochodzących z budżetu Unii Europejskiej lub od państw członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu przez jednostki samorządu terytorialnego (Dz. U. z 2018 r. poz. 280), 2 – w przypadku wydzielonej jednostki organizacyjnej wchodzącej w skład innych podmiotów, 0 – w przypadku innej jednostki.

¹⁹ Kod stanu pracodawcy składa się z trzech znaków. Pierwszy dotyczy stanu, w którym znajduje się pracodawca: 1 – w likwidacji, 2 – w upadłości obejmującej likwidację majątku upadłego, 3 – w upadłości z możliwością zawarcia układu, 0 – inny. Drugi znak dotyczy tego, czy stan ten powstał w okresie z poz. 3: 0 – nie, 1 – tak. Trzeci znak dotyczy tego, czy stan ten dobiegł końca w okresie z poz. 3: 0 – nie, 1 – tak.

²⁰ Proszę wpisać pełne, siedmiocyfrowe oznaczenie gminy, na obszarze której pracodawca ma odpowiednio siedzibę lub ostatnie miejsce zamieszkania – zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 15 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia, stosowania i udostępniania krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju oraz związanych z tym obowiązków organów administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego (Dz. U. poz. 1031, z późn. zm.). Identyfikatery terytorialne gmin dostępne są na stronie internetowej Głównego Urzędu Statystycznego.

²¹ Kod statusu pracodawcy składa się z trzech znaków. Pierwszy znak dotyczy przynależności pracodawcy do podmiotów otwartego lub chronionego rynku pracy: 1 – pracodawca prowadzący zakład pracy chronionej, 2 – zakład aktywności zawodowej, 3 – organizator zakładu aktywności zawodowej będący pracodawcą pracowników zatrudnionych w zakładzie aktywności zawodowej, 0 – inny pracodawca. Jeżeli przynależność pracodawcy do jednej z grup oznaczonych kodami 1–3 uległa zmianie w trakcie okresu sprawozdawczego, to proszę podać kod ostatniej przynależności pracodawcy. Drugi znak dotyczy tego, czy status ten został nabyty z dniem przypadającym w okresie z poz. 3: 0 – nie, 1 – tak. Trzeci znak dotyczy tego, czy status o kodzie 1, 2 lub 3 został utracony z dniem przypadającym w okresie z poz. 3: 0 – nie, 1 – tak.

²² Proszę wpisać datę wydania ostatniej decyzji dotyczącej statusu zakładu pracy chronionej lub zakładu aktywności zawodowej, jeżeli drugi lub trzeci znak kodu z poz. 30 to 1. Proszę wpisać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.

²³ Proszę wypełnić poz. 32, jeżeli drugi znak kodu z poz. 30 to 1. Proszę wpisać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.

²⁴ Proszę wypełnić poz. 33, jeżeli trzeci znak kodu z poz. 30 to 1. Proszę wpisać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.

²⁵ Kod dysponowania zakładowym funduszem składa się z trzech znaków. Pierwszy znak dotyczy bycia dysponentem zakładowego funduszu: 1 – dysponent zakładowego funduszu aktywności, 2 – dysponent zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych, 0 – pracodawca niebędący dysponentem zakładowego funduszu aktywności ani zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych. Jeżeli przynależność pracodawcy do jednej z grup oznaczonych kodami 1 lub 2 uległa zmianie w trakcie okresu sprawozdawczego, to proszę podać kod ostatniej przynależności pracodawcy. Drugi znak dotyczy tego, czy stan oznaczony kodem 1 lub 2 w pierwszym znaku w tej pozycji powstał w dniu przypadającym w okresie z poz. 3: 0 – nie, 1 – tak. Trzeci znak dotyczy tego, czy stan oznaczony kodem 1 lub 2 w pierwszym znaku w tej pozycji zakończył się z dniem przypadającym w okresie z poz. 3: 0 – nie, 1 – tak.

²⁶ Kod przynależności pracodawcy do beneficjentów pomocy publicznej składa się z dwóch znaków. Pierwszy znak dotyczy zakresu podlegania zasadom pomocy publicznej: 1 – pracodawca jest podmiotem pomocy publicznej w całości, 2 – pracodawca jest podmiotem pomocy publicznej w części, 0 – pracodawca nie jest podmiotem pomocy publicznej. Drugi znak dotyczy możliwości stosowania szczególnych rozwiązań w związku z sytuacją ekonomiczną pracodawcy: 1 – pracodawca będący podmiotem pomocy publicznej jest w trudnej sytuacji ekonomicznej i spełnia warunki określone w Sekcji 3.1 komunikatu Komisji – Tymczasowe ramy środków pomocy państwa w celu wsparcia gospodarki w kontekście trwającej epidemii COVID-19 (2020/C 91 I/01) (Dz. Urz. UE C 91I z 20.03.2020, str. 1, ze zm.), 2 – pracodawca będący podmiotem pomocy publicznej jest w trudnej sytuacji ekonomicznej i nie spełnia warunków określonych w Sekcji 3.1 komunikatu Komisji, 3 – pracodawca nie jest w trudnej sytuacji ekonomicznej, 0 – pracodawca nie jest podmiotem pomocy publicznej.

²⁷ Kod statusu przedsiębiorstwa społecznego pracodawcy składa się z trzech znaków.

Pierwszy znak dotyczy przynależności do przedsiębiorstw społecznych przez pracodawców – podmioty ekonomii społecznej (P1-P8) lub pracodawców – organizatorów i tworzących podmioty ekonomii społecznej (O1-O4) lub nieposiadania statusu przedsiębiorstwa społecznego (XX): P1 – spółdzielnia socjalna, P2 – spółdzielnia inwalidów, P3 – spółdzielnia niewidomych, inna spółdzielnia pracy, P4 – spółdzielnia produkcji rolnej, P5 – organizacja pozarządowa, o której mowa w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, niebędąca partią polityczną, europejską partią polityczną, związkiem zawodowym i organizacją pracodawców, samorządem zawodowym, fundacją utworzoną przez partie polityczne i europejską fundacją polityczną, P6 – osoba prawna lub jednostka organizacyjna działająca na podstawie przepisów o stosunku Państwa do kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania, której cele statutowe obejmują prowadzenie działalności pożytku publicznego, P7 – stowarzyszenie jednostek samorządu terytorialnego, P8 – spółka akcyjna, spółka z ograniczoną odpowiedzialnością lub klub sportowy będący spółką działającą na podstawie przepisów ustawy z dnia 25 czerwca 2010 r. o sporcie (Dz. U. z 2022 r. poz. 1599, z późn. zm.), jeżeli nie działa w celu osiągnięcia zysku oraz przeznacza całość dochodu na realizację celów statutowych oraz nie przeznacza zysku do podziału między swoich udziałowców, akcjonariuszy i pracowników, O1 – organizator zakładu aktywności zawodowej, O2 – organizator warsztatu terapii zajęciowej, O3 – instytucja tworząca centrum integracji społecznej, O4 – podmiot prowadzący klub integracji społecznej, XX – pracodawca nieposiadający statusu przedsiębiorstwa społecznego. Jeżeli przynależność pracodawcy do jednej z grup oznaczonych kodami P1–O4 uległa zmianie w trakcie okresu sprawozdawczego, to proszę podać kod ostatniej przynależności pracodawcy.

Drugi znak dotyczy tego, czy status o kodzie innym niż XX został nabyty z dniem przypadającym w okresie z poz. 3: 0 – nie, 1 – tak.

Trzeci znak dotyczy tego, czy status o kodzie innym niż XX został utracony z dniem przypadającym w okresie z poz. 3: 0 – nie, 1 – tak.

Pierwszy znak poz. 36 = XX w przypadku składania informacji INF-Z za okresy sprawozdawcze do sierpnia 2022 r. włącznie.

²⁸ Proszę wypełnić poz. 37, jeżeli drugi znak kodu z poz. 36 to 1. Proszę wpisać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.

²⁹ Proszę wypełnić poz. 38, jeżeli trzeci znak kodu z poz. 36 to 1. Proszę wpisać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.

³⁰ Proszę wpisać kod odpowiadający formie prawnej pracodawcy: 1A – przedsiębiorstwo państwowe, 1B – jednoosobowa spółka Skarbu Państwa, 1C – jednoosobowa spółka jednostki samorządu terytorialnego, w rozumieniu przepisów o gospodarce komunalnej, 1D – spółka akcyjna albo spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, w stosunku do których Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego, przedsiębiorstwo państwowe lub jednoosobowa spółka Skarbu Państwa są podmiotami, które posiadają uprawnienia takie jak przedsiębiorcy dominujący w rozumieniu przepisów o ochronie konkurencji i konsumentów, 2 – pracodawca nienależący do kategorii określonych kodem od 1A do 1D.

³¹ Proszę wpisać kod szczególnej formy prawnej określony w przepisach dotyczących sposobu i metodologii prowadzenia i aktualizacji rejestru podmiotów gospodarki narodowej.

³² Forma własności jest określana na podstawie procentowego udziału własności, zgodnie z przepisami dotyczącymi sposobu i metodologii prowadzenia i aktualizacji krajowego rejestru urzędowego podmiotów gospodarki narodowej. Proszę podać kolejno odpowiednie kody odpowiadające własności: 1 – Skarbu Państwa, 2 – państwowych osób prawnych, 3 – jednostek samorządu terytorialnego, 4 – krajowych osób fizycznych, 5 – pozostałych krajowych jednostek prywatnych, 6 – osób zagranicznych.

³³ Proszę podać odpowiedni kod. Kod 0 – mikroprzedsiębiorca, kod 1 – przedsiębiorca mały, kod 2 – przedsiębiorca średni, kod 3 – inny przedsiębiorca, kod 4 – pracodawca niebędący przedsiębiorcą. Proszę ustalić wielkość przedsiębiorcy zgodnie ze wspólnotową definicją mikroprzedsiębiorstw, małych i średnich przedsiębiorstw obowiązującą w okresie z poz. 3.

³⁴ Proszę wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa. Proszę wpisać klasę rodzaju działalności zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2007 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) (Dz. U. poz. 1885, z późn. zm.).

³⁵ Dotyczy także organów wydających koncesje, zezwolenia, pozwolenia.

³⁶ Nazwa rejestru lub ewidencji, w których pracodawca jest zarejestrowany, np. Krajowy Rejestr Sądowy, Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej.

³⁷ Proszę wpisać datę w formacie: rok-miesiąc.

³⁸ Proszę wpisać kod pierwszego obowiązku sprawozdawczego: D1 – jeżeli pierwszym obowiązkiem sprawozdawczym była deklaracja DEK-1-0, DEK-1-a lub DEK-1-b, D2 – jeżeli pierwszym obowiązkiem sprawozdawczym była deklaracja DEK-W, D3 – jeżeli pierwszym obowiązkiem sprawozdawczym była deklaracja DEK-2-a, D4 – jeżeli pierwszym obowiązkiem sprawozdawczym była deklaracja DEK-2-b, D5 – jeżeli pierwszym obowiązkiem sprawozdawczym była deklaracja DEK-2-u, I1 – jeżeli pierwszym obowiązkiem sprawozdawczym była informacja INF 1 składana w związku z korzystaniem ze zwolnienia z wpłat, I2 – jeżeli pierwszym obowiązkiem sprawozdawczym była informacja INF 1 składana w związku ze spełnianiem warunków określonych w art. 22 ust. 1 ustawy przez przedsiębiorstwa społeczne, I3 – jeżeli pierwszym obowiązkiem sprawozdawczym była informacja INF 1 składana w związku ze spełnianiem warunków określonych w art. 22 ust. 1 ustawy przez zakłady aktywności zawodowej.

³⁹ Proszę wpisać dane osoby uprawnionej lub upoważnionej do reprezentowania pracodawcy w przypadku wypełniania informacji przez tę osobę, a nie osobiście przez pracodawcę.

⁴⁰ Podpis osoby z poz. 53, a w przypadku niewypełnienia poz. 53 – podpis pracodawcy. Po podpisaniu informacji podpisem elektronicznym poz. 54 jest wypełniana automatycznie imieniem i nazwiskiem osoby, która użyła tego podpisu.

WZÓR

Informacja miesięczna o zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, o zatrudnieniu i kształceniu osób niepełnosprawnych lub o działalności na rzecz osób niepełnosprawnych



INF-1

Tę informację wypełnia pracodawca zwolniony z wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON), jeżeli osiąga odpowiedni wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych, o którym mowa w art. 21 ust. 2, 2a lub 2b¹ ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 100, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”, lub jest jednostką organizacyjną, o której mowa w art. 21 ust. 2e ustawy, a także pracodawca uprawniony do wystawiania informacji o kwocie obniżenia wpłat na PFRON, o którym mowa w art. 22 ust. 1 ustawy za miesiąc z poz. 2. Składa się ją² do PFRON³ nie później niż 20. dnia miesiąca następującego po miesiącu z poz. 2. Obowiązek ten wynika z art. 21 ust. 2f pkt 2 ustawy. W przypadku zmian danych ewidencyjnych lub składania informacji INF-1 po raz pierwszy, proszę dołączyć do niej informację INF-Z.

To jest informacja⁴ (1) zwykła / korygująca za okres⁵ (2) _____ - _____ wypełniona w dniu⁶ (3) _____ - _____ - _____

Dane pracodawcy

Numer w rejestrze PFRON:⁷ (4) _____ NIP:⁸ (5) _____ REGON:⁹ (6) _____

Pracodawca:¹⁰ (7) _____ Ulica:⁽⁸⁾ _____

Nr domu:⁽⁹⁾ _____ Nr lokalu:⁽¹⁰⁾ _____ Miejscowość:⁽¹¹⁾ _____ Kod pocztowy:⁽¹²⁾ _____ - _____

Poczta:⁽¹³⁾ _____ Telefon:⁽¹⁴⁾ _____ E-mail:⁽¹⁵⁾ _____

Zwolnienie z wpłat na PFRON:¹³ (16) Uprawnienie do wystawiania informacji o kwocie obniżenia wpłat na PFRON:¹⁴ (17)

Dane o zatrudnieniu i kształceniu osób niepełnosprawnych oraz o działalności na ich rzecz¹⁵

Proszę podać stany zatrudnienia pracowników w etatach (E) i osobach (O)¹⁶ oraz liczbę dzieci, wychowanków, uczniów, studentów i słuchaczy (K).¹⁷

Stan E ogółem to: (E0) _____, _____ Stan O ogółem to: (O0) _____, _____ Stan K ogółem to: (K0) _____, _____.

T1	Ogółem osoby niepełnosprawne	Osoby niepełnosprawne o znacznym stopniu niepełnosprawności		Osoby niepełnosprawne o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności		Osoby niepełnosprawne o lekkim stopniu niepełnosprawności	Osoby niepełnosprawne bez ustalonego stopnia niepełnosprawności
		ze szczególnymi schorzeniami ¹⁸	pozostałe	ze szczególnymi schorzeniami ¹⁸	pozostałe		
	1	2	3	4	5	6	7
E							
O							
K							

Proszę podać stany zatrudnienia: pracowników ze schorzeniami wymienionymi w art. 22 ust. 1 pkt 2 ustawy (U)¹⁹, osób, o których mowa w art. 28 ust. 1 pkt 1 lit. b ustawy (C)²⁰, pracowników zakładu aktywności zawodowej wymienionych w art. 29 ust. 1 pkt 1 lit. b ustawy (Z)²¹, wykonawców pracy nakładczej (W)²² oraz osób wliczanych do stanu ogółem w przedsiębiorstwie społecznym (P)²³.

T2	Ogółem wszyscy zatrudnieni	Osoby niepełnosprawne o znacznym stopniu niepełnosprawności	Osoby niepełnosprawne o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności	Osoby niepełnosprawne o lekkim stopniu niepełnosprawności	Osoby niepełnosprawne bez ustalonego stopnia niepełnosprawności
	1	2	3	4	5
U	x				
C	x				
Z	x				
W	x				
P					

Proszę wskazać rodzaje działań pracodawcy na rzecz osób niepełnosprawnych:²⁴ (18) _____.

Uwagi

Oświadczenia końcowe

Oświadczam, że znam przepisy dotyczące wpłat na PFRON oraz ich obniżania. Dane zawarte w informacji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Imię i nazwisko osoby upoważnionej:²⁵ (19) _____ Podpis:²⁶ (20) _____

Objaśnienia do formularza INF-1

¹ Informację INF-1 składają także pracodawcy będący zespołami szkół lub placówek, jeżeli zespoły te składają się wyłącznie z jednostek, o których mowa w art. 21 ust. 2b ustawy (niebędących odrębnymi pracodawcami), a także pracodawcy będący podmiotami prowadzącymi wyłącznie jednostki, o których mowa w art. 21 ust. 2b ustawy (niebędące odrębnymi pracodawcami).

² Informację INF-1 składa się w formie dokumentu elektronicznego.

³ Zarząd PFRON mieści się pod adresem: al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.

⁴ Proszę w odpowiednim polu wstawić znak „X”.

⁵ Proszę wpisać rok i miesiąc, za który odpowiednio pracodawca osiągnął dotyczący go wskaźnik, o którym mowa w art. 21 ust. 2, 2a lub 2b ustawy, prowadził działalność, o której mowa w art. 21 ust. 2e ustawy lub spełniał warunki określone w art. 22 ust. 1 ustawy.

⁶ Proszę wpisać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.

⁷ Proszę wpisać numer, jeżeli został nadany pracodawcy przed dniem złożenia informacji.

⁸ Proszę wpisać numer identyfikacji podatkowej, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa.

⁹ Proszę wpisać numer REGON, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa. W przypadku posiadania 9-cyfrowego numeru REGON w poz. 6 proszę po dziewiątej cyfrze wpisać pięć zer.

¹⁰ Proszę wpisać pełną nazwę albo imię i nazwisko pracodawcy. Poz. 7 proszę wypełniać jednolicie w składanych informacjach, o których mowa w art. 21 ust. 2f ustawy, i deklaracjach, o których mowa w art. 49 ust. 2 ustawy.

¹¹ W przypadku korzystania z telefonu, proszę wpisać dziewięciocyfrowy numer telefonu w poz. 14.

¹² Proszę wypełnić w przypadku korzystania z poczty elektronicznej.

¹³ Proszę wpisać kod zwolnienia z wpłat: 0 – w przypadku korzystania ze zwolnienia na podstawie art. 21 ust. 2 ustawy, A – w przypadku korzystania ze zwolnienia na podstawie art. 21 ust. 2a ustawy, B – w przypadku korzystania ze zwolnienia na podstawie art. 21 ust. 2b ustawy, E – w przypadku korzystania ze zwolnienia na podstawie art. 21 ust. 2e ustawy, X – w pozostałych przypadkach.

¹⁴ Proszę wpisać kod uprawnienia do wystawiania informacji o kwocie obniżenia wpłat na PFRON pracodawcy spełniającego warunki określone w art. 22 ust. 1 ustawy w okresie z poz. 2: 1 – w przypadku zakładu aktywności zawodowej, 2 – w przypadku przedsiębiorstwa społecznego, 3 – w przypadku innego pracodawcy, X – w przypadku niespełniania warunków określonych w art. 22 ust. 1 ustawy w okresie z poz. 2.

¹⁵ W poz. E0, O0 i K0 oraz w tabelach T1 i T2 wpisuje się dane z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku. Jeżeli trzecia cyfra po przecinku należy do przedziału od 5 do 9, to stosuje się zaokrąglenie w górę, a gdy jest mniejsza niż 5, to pierwszą i drugą cyfrę po przecinku pozostawia się bez zmian.

¹⁶ W poz. E0 i O0 oraz w tabeli T1 w wierszach oznaczonych symbolami E i O proszę wpisać przeciętne miesięczne stany zatrudnienia pracowników: w etatach (w poz. E0 i komórkach E1–E7) oraz w osobach (w poz. O0 i komórkach O1–O7). W poz. E0 i O0 oraz w komórkach E1–O7 proszę wykazać rzeczywiste zatrudnienie pracowników w rozumieniu art. 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2022 r. poz. 1510, z późn. zm.) w okresie sprawozdawczym z poz. 2. Dane do wpisania w poz. E0 i O0 ustala się na podstawie art. 21 ust. 1 i 5 ustawy, a dane do wpisania w komórkach E1–E7 i O1–O7 – na podstawie art. 2a oraz art. 21 ust. 1 i 5 ustawy.

¹⁷ W poz. K0 i w wierszu oznaczonym symbolem K (w komórkach K1–K7) proszę wpisać przeciętne miesięczne stany dzieci, wychowanków, uczniów, studentów i słuchaczy – w osobach. W poz. K0 proszę wpisać ostatni stan dzieci, wychowanków, uczniów, studentów i słuchaczy wykazany w roku poprzedzającym rok z poz. 2 na podstawie przepisów o systemie informacji oświatowej lub w sprawozdaniu na podstawie przepisów w sprawie określenia wzorów formularzy sprawozdawczych, objaśnień co do sposobu ich wypełniania oraz wzorów kwestionariuszy i ankiet statystycznych stosowanych w badaniach statystycznych ustalonych w programie badań statystycznych statystyki publicznej. Jeżeli w roku poprzedzającym rok z poz. 2 składający nie miał obowiązku wykazywania tego stanu lub stan ten był równy 0, to w komórce K0 proszę wpisać 0,01. W komórkach K1–K7 proszę wpisać rzeczywisty stan dzieci, wychowanków, uczniów, studentów i słuchaczy (będących osobami niepełnosprawnymi) w okresie sprawozdawczym z poz. 2.

¹⁸ W komórkach E2, E4, O2, O4, K2, K4 proszę wpisać stany dotyczące osób, u których stwierdzono którekolwiek ze szczególnych schorzeń wymienionych w § 1 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 września 1998 r. w sprawie rodzajów schorzeń uzasadniających obniżenie wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych oraz sposobu jego obniżania (Dz. U. poz. 820, z późn. zm.).

¹⁹ W tabeli T2 w wierszu oznaczonym symbolem U proszę wpisać przeciętne miesięczne stany zatrudnienia pracowników w okresie sprawozdawczym z poz. 2 (w etatach). W komórkach U2–U5 proszę wykazać rzeczywiste zatrudnienie pracowników w rozumieniu art. 2 Kodeksu pracy będących osobami niewidomymi lub osobami, w odniesieniu do których orzeczono chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe, całościowe zaburzenia rozwojowe lub epilepsję. Dane do wpisania w komórkach U2–U5 ustala się zgodnie z art. 2a oraz art. 21 ust. 1 i 5 ustawy.

²⁰ Wypełnia pracodawca będący zakładem pracy chronionej. W tabeli T2 w wierszu oznaczonym symbolem C proszę wpisać przeciętne miesięczne stany zatrudnienia osób o szczególnych schorzeniach wymienionych w art. 28 ust. 1 pkt 1 lit b ustawy, w okresie sprawozdawczym z poz. 2 (w etatach). W komórkach C1–C5 proszę wykazać rzeczywiste zatrudnienie i uwzględnić pracowników w rozumieniu art. 2 Kodeksu pracy i wykonawców pracy nakładczej, o których mowa w art. 28 ust. 3 ustawy, będących osobami niewidomymi, psychicznie chorymi lub z upośledzonymi umysłowo. Dane do wpisania w komórkach C2–C5 ustala się zgodnie z art. 2a i art. 21 ust. 5 ustawy.

²¹ Wypełnia pracodawca będący zakładem aktywności zawodowej. W tabeli T2 w wierszu oznaczonym symbolem Z proszę wpisać przeciętne miesięczne stany zatrudnienia osób o szczególnych schorzeniach wymienionych w art. 29 ust. 1 pkt 1 lit b ustawy, w okresie sprawozdawczym z poz. 2 (w osobach). W komórkach Z2–Z5 proszę wykazać rzeczywiste zatrudnienie pracowników w rozumieniu art. 2 Kodeksu pracy, u których stwierdzono autyzm, upośledzenie umysłowe lub chorobę psychiczną. Dane do wpisania w komórkach Z2–Z5 ustala się zgodnie z art. 2a i art. 21 ust. 5 ustawy.

²² Wypełnia pracodawca będący zakładem pracy chronionej lub innym dysponentem zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych. W tabeli T2 w wierszu oznaczonym symbolem W proszę wpisać przeciętne miesięczne stany zatrudnienia wykonawców pracy nakładczej (w etatach). W komórkach W2–W5 proszę wykazać rzeczywiste zatrudnienie wykonawców pracy nakładczej, o których mowa w art. 28 ust. 3 ustawy. Dane do wpisania w komórkach W2–W5 ustala się zgodnie z art. 2a i art. 21 ust. 5 ustawy.

²³ Wypełnia pracodawca będący przedsiębiorstwem społecznym. W tabeli T2 w wierszu oznaczonym symbolem P proszę wpisać przeciętne miesięczne stany zatrudnienia w przedsiębiorstwie społecznym (w etatach). W komórce P1 proszę wpisać rzeczywiste zatrudnienie w przedsiębiorstwie ekonomii społecznej osób świadczących pracę na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego, umowy o pracę nakładczą lub umowy cywilnoprawnej i liczbę osób prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą niebędące pracodawcami świadczących na rzecz przedsiębiorstwa społecznego usługi przez nieprzerwany okres co najmniej 3 miesięcy. W komórkach P2–P5 proszę wpisać rzeczywiste zatrudnienie zagrożonych wykluczeniem społecznym w rozumieniu ustawy z dnia 5 sierpnia 2022 r. o ekonomii społecznej (Dz. U. poz. 1812, z późn. zm.) w przedsiębiorstwie ekonomii społecznej na podstawie umowy o pracę lub spółdzielczej umowy o pracę. Dane do wpisania w komórkach P2–P5 ustala się zgodnie z art. 2a.

²⁴ Pozycję 18 wypełnia pracodawca zwolniony z wpłat na podstawie art. 21 ust. 2e ustawy. Proszę podać kod odpowiadający rodzajowi działań: A1 – prowadzenie publicznej jednostki organizacyjnej, której wyłącznym przedmiotem prowadzonej działalności jest rehabilitacja społeczna i lecznicza osób niepełnosprawnych, A2 – prowadzenie niepublicznej jednostki organizacyjnej, której wyłącznym przedmiotem prowadzonej działalności jest rehabilitacja społeczna i lecznicza osób niepełnosprawnych, B1 – prowadzenie publicznej jednostki organizacyjnej, której wyłącznym przedmiotem prowadzonej działalności jest edukacja osób niepełnosprawnych, B2 – prowadzenie niepublicznej jednostki organizacyjnej, której wyłącznym przedmiotem prowadzonej działalności jest edukacja osób niepełnosprawnych, B3 – prowadzenie publicznej jednostki organizacyjnej, której wyłącznym przedmiotem prowadzonej działalności jest opieka nad osobami niepełnosprawnymi, B4 – prowadzenie niepublicznej jednostki organizacyjnej, której wyłącznym przedmiotem prowadzonej działalności jest opieka nad osobami niepełnosprawnymi, B5 – prowadzenie publicznej jednostki organizacyjnej, której wyłącznym przedmiotem prowadzonej działalności jest edukacja osób niepełnosprawnych i opieka nad osobami niepełnosprawnymi, B6 – prowadzenie niepublicznej jednostki organizacyjnej, której wyłącznym przedmiotem prowadzonej działalności jest edukacja osób niepełnosprawnych i opieka nad osobami niepełnosprawnymi, C1 – prowadzenie hospicjum (jednostka publiczna), C2 – prowadzenie hospicjum (jednostka niepubliczna), D1 – prowadzenie domu pomocy społecznej (jednostka publiczna), D2 – prowadzenie domu pomocy społecznej (jednostka niepubliczna), E1 – prowadzenie zakładu opiekuńczo-leczniczego (jednostka publiczna), E2 – prowadzenie zakładu opiekuńczo-leczniczego (jednostka niepubliczna).

²⁵ Proszę wpisać dane osoby uprawnionej lub upoważnionej do reprezentowania pracodawcy w przypadku wypełniania informacji przez tę osobę, a nie osobiście przez pracodawcę.

²⁶ Podpis osoby z poz. 19, a w przypadku niewypełnienia poz. 19 – podpis pracodawcy. Po podpisaniu informacji podpisem elektronicznym poz. 20 jest wypełniana automatycznie imieniem i nazwiskiem osoby, która użyła tego podpisu.

WZÓR

Informacja roczna o zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, o zatrudnieniu i kształceniu osób niepełnosprawnych lub o działalności na rzecz osób niepełnosprawnych



INF-2

Tę informację wypełnia pracodawca, który – w odniesieniu do któregośkolwiek z miesięcy roku z poz. 2 – był zwolniony z wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON), jeżeli osiągał odpowiedni wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych, o którym mowa w art. 21 ust. 2, 2a lub 2b ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 100, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”, lub był jednostką organizacyjną, o której mowa w art. 21 ust. 2e ustawy lub był pracodawcą uprawnionym do wystawiania informacji o kwocie obniżenia wpłat na PFRON, o którym mowa w art. 22 ust. 1 ustawy. Składa się ją¹ do PFRON² nie później niż 20 stycznia roku następującego po roku z poz. 2. Obowiązek ten wynika z art. 21 ust. 2f pkt 3 ustawy. W przypadku zmian danych ewidencyjnych lub składania informacji INF-2 po raz pierwszy, proszę dołączyć do niej informację INF-Z.

To jest Informacja³ (1) zwykła / korygująca za okres⁴ (2) _____ wypelniona w dniu⁵ (3) _____.

Dane pracodawcy

Numer w rejestrze PFRON:⁶ (4) _____ NIP:⁷ (5) _____ REGON:⁸ (6) _____

Pracodawca:⁹ (7) _____ Ulica: (8) _____

Nr domu: (9) _____ Nr lokalu: (10) _____ Miejscowość: (11) _____ Kod pocztowy: (12) _____

Poczta: (13) _____ Telefon:¹⁰ (14) _____ E-mail:¹¹ (15) _____

Składanie informacji za poszczególne miesiące

Proszę wstawić w odpowiednich polach znak „X”.¹²

Sytuacja pracodawcy i czynności za miesiąc: ¹³	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Składanie informacji INF-1 w związku ze zwolnieniem z wpłat na podstawie:												
A art. 21 ust. 2 ustawy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B art. 21 ust. 2a ustawy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C art. 21 ust. 2b ustawy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D art. 21 ust. 2e ustawy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brak obowiązku składania informacji INF-1 z uwagi na:												
E niepodleganie obowiązkowi wpłat miesięcznych np. w związku ze zbyt niskim zatrudnieniem ogółem ¹⁴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F zwolnienie z wpłat na podstawie art. 21 ust. 3 ustawy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G zwolnienie z wpłat, o których mowa w art. 21 ustawy, na podstawie odrębnych przepisów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H zobowiązanie z tytułu wpłat, o których mowa w art. 21 ustawy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Składanie informacji INF-1¹⁵ jako sprzedający, o którym mowa w art. 22 ust. 1 ustawy:												
I zakład aktywności zawodowej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J przedsiębiorstwo społeczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K inny pracodawca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L Brak obowiązku składania informacji INF-1 z uwagi na nie bycie sprzedającym, o którym mowa w art. 22 ust. 1 ustawy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uwagi

Oświadczenia końcowe

Oświadczam, że znam przepisy dotyczące wpłat na PFRON. Dane zawarte w informacji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Imię i nazwisko osoby upoważnionej:¹⁶ (16) _____ Podpis:¹⁷ (17) _____

Objaśnienia do formularza INF-2

- ¹ Informację INF-2 składa się w formie dokumentu elektronicznego.
- ² Zarząd PFRON mieści się pod adresem: al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.
- ³ Proszę w odpowiednim polu wstawić znak „X”.
- ⁴ Proszę wpisać rok zaistnienia zdarzenia skutkującego powstaniem zwolnienia z wpłat na podstawie art. 21 ust. 2, 2a, 2b lub 2e ustawy lub przynależnością do podmiotów spełniających warunki określone w art. 22 ust. 1 ustawy.
- ⁵ Proszę wpisać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.
- ⁶ Proszę wpisać numer, jeżeli został nadany pracodawcy przed dniem złożenia informacji.
- ⁷ Proszę wpisać numer identyfikacji podatkowej, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa.
- ⁸ Proszę wpisać numer REGON, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa. W przypadku posiadania 9-cyfrowego numeru REGON w poz. 6 proszę po dziewiątej cyfrze wpisać pięć zer.
- ⁹ Proszę wpisać pełną nazwę albo imię i nazwisko pracodawcy. Pozycję 7 proszę wypełniać jednolicie w składanych informacjach, o których mowa w art. 21 ust. 2f ustawy, i deklaracjach, o których mowa w art. 49 ust. 2 ustawy.
- ¹⁰ W przypadku korzystania z telefonu proszę wpisać dziewięciocyfrowy numer telefonu w poz. 14.
- ¹¹ Proszę wypełnić w przypadku korzystania z poczty elektronicznej.
- ¹² W danym miesiącu należy wypełnić jedno pole w wierszach A-H oraz jedno pole w wierszach I-L.
- ¹³ Proszę zaznaczyć zdarzenia i stany prawne, które dotyczyły pracodawcy w poszczególnych miesiącach roku sprawozdawczego.
- ¹⁴ Zaznacza pracodawca, który nie składał informacji INF-1 z uwagi na to, że nie podlegał obowiązkowi wpłat, o których mowa w art. 21 ustawy. Proszę zaznaczyć np. gdy przeciętne miesięczne zatrudnienie ogółem pracowników w etatach – obliczone po pomniejszeniach, o których mowa w art. 21 ust. 5 ustawy – było niższe od 25 (dotyczy to także okresów nieposiadania statusu pracodawcy).
- ¹⁵ Pracodawcy spełniający warunki dotyczące struktury zatrudnienia określone w art. 22 ust. 1 ustawy.
- ¹⁶ Proszę wpisać dane osoby uprawnionej lub upoważnionej do reprezentowania pracodawcy w przypadku wypełniania informacji przez tę osobę, a nie osobiście przez pracodawcę.
- ¹⁷ Podpis osoby z poz. 16, a w przypadku niewypełnienia poz. 16 – podpis pracodawcy. Po podpisaniu informacji podpisem elektronicznym poz. 17 jest wypełniana automatycznie imieniem i nazwiskiem osoby, która użyła tego podpisu.