

186**ZARZĄDZENIE MINISTRA PRACY I POLITYKI SOCJALNEJ**

z dnia 27 marca 1998 r.

w sprawie wzorów informacji przedstawianych przez prowadzącego zakład pracy chronionej lub zakład aktywności zawodowej.

Na podstawie art. 30 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123, poz. 776 i Nr 160, poz. 1082) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Wprowadza się wzór informacji półrocznej, dotyczącej spełniania warunków określonych w art. 28 ust. 1 pkt 1—3 lub art. 29 ust. 1 pkt 1—4 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Wzór informacji stanowi załącznik nr 1 do zarządzenia.

2. Informacje półroczne, o których mowa w ust. 1, należy przesyłać do Biura Pełnomocnika do Spraw

Osób Niepełnosprawnych do dnia 20 miesiąca następującego po okresie sprawozdawczym.

§ 2. Wprowadza się wzór informacji o zmianach dotyczących spełniania warunków i realizacji obowiązków, o których mowa w art. 28 i 33 ust. 1 i 3 ustawy. Wzór informacji stanowi załącznik nr 2 do zarządzenia.

§ 3. Zarządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Pracy i Polityki Socjalnej: w z. *J. Gałęziak*

Załączniki do zarządzenia Ministra Pracy
i Polityki Socjalnej z dnia 27 marca
1998 r. (poz. 186)

Załącznik nr 1

INFORMACJA PÓŁROCZNA, DOTYCZĄCA SPEŁNIANIA WARUNKÓW OKREŚLONYCH W ART. 28 UST. 1
PKT 1—3 LUB ART. 29 UST. 1 PKT 1—4 USTAWY O REHABILITACJI ZAWODOWEJ I SPOŁECZNEJ
ORAZ ZATRUDNIANIU OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

.....
(pieczęć zakładu)

**MINISTERSTWO
PRACY I POLITYKI SOCJALNEJ
Biuro Pełnomocnika
do Spraw Osób Niepełnosprawnych
00-362 Warszawa, ul. Gałczyńskiego 4**

I. Dane ewidencyjne:

1	Nazwa podmiotu gospodarczego		
2	Kod pocztowy	miejscowość	
	Ulica, nr domu		telefon
	Faks	Województwo	
3	Forma prawna	1. Spółdzielnia 2. Spółka cywilna 3. Osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą 4. Spółka z o.o. 5. Spółka akcyjna 6. Inna, jaka?	
4	Status zakładu pracy chronionej lub status zakładu aktywności zawodowej	Nr i data wydania decyzji przyznającej status zakładu pracy chronionej lub status zakładu aktywności zawodowej	
		Nr i data wydania decyzji dotyczącej ostatniej zmiany	

II. Oświadczenie prowadzącego zakład pracy chronionej lub zakład aktywności zawodowej o obiektach i pomieszczeniach użytkowanych przez zakład pracy

Oświadczam, że obiekty i pomieszczenia użytkowane przez zakład odpowiadają przepisom i zasadom bezpieczeństwa i higieny pracy oraz uwzględniają potrzeby osób niepełnosprawnych w zakresie przystosowania stanowisk pracy, pomieszczeń higienicznosanitarnych i ciągów komunikacyjnych oraz spełniają wymagania dostępności do nich.

.....
(data i podpis)

III. Oświadczenie prowadzącego zakład pracy chronionej lub zakład aktywności zawodowej o zapewnieniu podstawowej i specjalistycznej opieki lekarskiej, poradnictwa i usług rehabilitacyjnych

Oświadczam, że zapewniam pracownikom zakładu pracy chronionej (zakładu aktywności zawodowej) podstawową i specjalistyczną opiekę lekarską, poradnictwo i usługi rehabilitacyjne.

.....
(data i podpis)

IV. Informacja o stanie zatrudnienia za ... półrocze 199... r.:

Miesiąc	Przeciętne zatrudnienie w miesiącu, w osobach			Przeciętne zatrudnienie w miesiącu w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy				
	ogółem	w tym osób niepełnosprawnych		ogółem	w tym osób niepełnosprawnych		wskaźnik** 6:5	wskaźnik 7:5
		ogółem	osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełności*		ogółem	osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełności		
1	2	3	4	5	6	7	8	9

.....
 sporządzający informację (imię i nazwisko, telefon)

.....
 (data i podpis)

Objaśnienia

Przeciętne zatrudnienie w miesiącu ustala się zgodnie z zarządzeniem Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 28 grudnia 1993 r. (znak: PD-1-10-8/93) w sprawie zasad metodycznych statystyki zatrudnienia, wynagrodzeń i warunków pracy (Dz. Urz. GUS Nr 23, poz. 130) przy zastosowaniu metody arytmetycznej, dodając stany zatrudnienia (pełnozatrudnionych w osobach fizycznych oraz niepełnozatrudnionych po przeliczeniu na pełne etaty) w poszczególnych dniach pracy w danym miesiącu, łącznie z przypadającymi w tym czasie niedzielami, świątami oraz dniami wolnymi od pracy (przyjmuje się dla tych dni stan zatrudnienia z dnia poprzedniego lub następnego, jeśli miesiąc rozpoczyna się dniem wolnym od pracy) i otrzymaną sumę dzieląc przez liczbę dni kalendarzowych miesiąca sprawozdawczego.

* W przypadku zakładów aktywności zawodowej dotyczy zatrudnienia osób niepełnosprawnych zaliczonych do znacznego stopnia niepełnosprawności.

** Nie wypełniać w przypadku zatrudniania co najmniej 30% niewidomych lub psychicznie chorych albo upośledzonych umysłowo zaliczonych do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności oraz w przypadku prowadzenia zakładu aktywności zawodowej.

INFORMACJA O ZMIANACH DOTYCZĄCYCH SPEŁNIANIA WARUNKÓW I REALIZACJI OBOWIĄZKÓW,
O KTÓRYCH MOWA W ART. 28 I 33 UST. 1 I 3 USTAWY O REHABILITACJI ZAWODOWEJ I SPOŁECZNEJ
ORAZ ZATRUDNIANIU OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

.....
(pieczęć zakładu)

**MINISTERSTWO
PRACY I POLITYKI SOCJALNEJ
Biuro Pełnomocnika
do Spraw Osób Niepełnosprawnych
00-362 Warszawa, ul. Gałczyńskiego 4**

**Decyzja nr wydana w dniu w sprawie przyznania
statusu zakładu pracy chronionej¹ lub zakładu aktywności zawodowej¹**

Zmiany w okresie sprawozdawczym²:

- | | |
|---|--------------------------|
| 1) w ogólnym stanie zatrudnienia mającym wpływ na wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych, warunkujący posiadanie statusu zakładu pracy chronionej | <input type="checkbox"/> |
| 2) warunków użytkowania obiektów i pomieszczeń zakładu pracy | <input type="checkbox"/> |
| 3) w zakresie podstawowej i specjalistycznej opieki lekarskiej, poradnictwa i usług rehabilitacyjnych | <input type="checkbox"/> |
| 4) nazwy zakładu pracy | <input type="checkbox"/> |
| 5) adresu siedziby zakładu pracy | <input type="checkbox"/> |
| 6) miejsc wykonywania działalności gospodarczej | <input type="checkbox"/> |
| 7) formy organizacyjno-prawnej | <input type="checkbox"/> |
| 8) w zakresie realizacji obowiązków dotyczących: | |
| a) utworzenia zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych lub zakładowego funduszu aktywności | <input type="checkbox"/> |
| b) prowadzenia ewidencji dochodów i wydatków funduszu rehabilitacji | <input type="checkbox"/> |
| c) prowadzenia rachunku bankowego dla wyodrębnionych środków z zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych w wysokości 10% z przeznaczeniem na pomoc indywidualną dla niepełnosprawnych pracowników | <input type="checkbox"/> |

¹ Niepotrzebne skreślić.

² W przypadku zaistnienia zmian należy wstawić znak „X” w polu kwadratu, dotyczącym odpowiedniej pozycji, i przedstawić szczegółową informację.