

kich urzędzeń oświetleniowych, którą obejmuje rachunek.

3. W odniesieniu do kosztów utrzymania punktów świetlnych proporcje, o których mowa w ust. 1, ustala się biorąc pod uwagę ilość punktów świetlnych zlokalizowanych w pasie dróg publicznych, dla których gmi-

na nie jest zarządcą, w stosunku do ilości wszystkich punktów świetlnych, którą obejmuje rachunek.

§ 4. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 1999 r.

Minister Finansów: w z. *J. Bauc*

## 923

### ROZPORZĄDZENIE MINISTRA PRACY I POLITYKI SOCJALNEJ

z dnia 12 listopada 1998 r.

#### w sprawie wzorów deklaracji składanych Zarządowi Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przez pracodawców zobowiązanych do wpłat na ten Fundusz.

Na podstawie art. 49 ust. 2 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 oraz z 1998 r. Nr 99, poz. 628, Nr 106, poz. 668 i Nr 137, poz. 887) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Określa się wzory składanych przez pracodawców deklaracji miesięcznych wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, zwany dalej „Funduszem”:

1) wzór deklaracji „DEK-I” dotyczącej wpłat, o których mowa:

a) w art. 21 ust. 1 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 oraz z 1998 r. Nr 99, poz. 628, Nr 106, poz. 668 i Nr 137, poz. 887), zwanej dalej „ustawą”,

b) w art. 24 ust. 2 ustawy, stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia,

2) wzór deklaracji „DEK-II” dotyczącej wpłat, o których mowa w art. 31 ust. 3 pkt 1 ustawy, stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia.

2. Określa się wzory deklaracji rocznych wpłat na Fundusz:

1) wzór deklaracji „DEK-R-I” dotyczącej wpłat, o których mowa:

a) w art. 21 ust. 1 ustawy,

b) w art. 24 ust. 2 ustawy,

stanowiący załącznik nr 3 do rozporządzenia,

2) wzór deklaracji „DEK-R-II” dotyczącej wpłat, o których mowa w art. 31 ust. 3 pkt 1 ustawy, stanowiący załącznik nr 4 do rozporządzenia.

3. Określa się wzór deklaracji „DEK-W” dotyczącej wpłat na Fundusz, o których mowa w art. 23 ustawy, stanowiący załącznik nr 5 do rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 1999 r.

Minister Pracy i Polityki Socjalnej: *L. Komotowski*

Załączniki do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki  
Socjalnej z dnia 12 listopada 1998 r. (poz. 923)

Załącznik nr 1

WZÓR

DEKLARACJA MIESIĘCZNYCH WPLAT NA PAŃSTWOWY  
FUNDUSZ REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

## DEK - I

A) IDENTYFIKACJA PRACODAWCY, O KTÓRYM MOWA W ART. 21 UST. 1 LUB ART. 24 USTAWY			
Nr w rejestrze PFRON A1	Nr Identyfikacji Statystycznej GUS (REGON)* A2	Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP) A3	
Pełna nazwa pracodawcy prowadzącego zakład pracy A4			
Kod A5	Miejscowość A6		
Ulica A7			Numer lokalu
Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za sporządzenie deklaracji oraz telefon z numerem kierunkowym A8			Telefony do zakładu pracy (z numerem kierunkowym) A9
B) DEKLARACJA ZA MIESIĄC			
Miesiąc B1	Rok	Data sporządzenia deklaracji Dzień Miesiąc Rok B2	
C) RODZAJ DEKLARACJI **			
ZWYKŁA C1		KORYGUJĄCA C2	
D) PRZECIĘTNE MIESIĘCZNE ZATRUDNIENIE W ZAKŁADZIE WYLICZONE ZGODNIE Z ART. 21 USTAWY			
Zatrudnienie ogółem D1	Zatrudnienie osób niepełnosprawnych D2	Wskaźnik zatrudnienia osób niepełno- sprawnych*** D3	
Przeciętne wynagrodzenie wg GUS (art. 2 pkt 4 ustawy)      zł      gr D4	Zatrudnienie osób ze schorzeniami szczególnie utrudniającymi wykonywanie pracy (art. 21 ust. 4 i 7 ustawy):		
	ze znacznym stopniem niepełnosprawności D5	z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności D6	

\* pierwsze dziewięć cyfr

\*\* wpisać X we właściwym polu

$$*** D3 = \frac{(D2 - D5 - D6) + (3 \times D5 + 2 \times D6)}{D1} \times 100$$

**E) ZOBOWIĄZANIE - wypełnia pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 1 ustawy, gdy  $(D2/D1) \times 100 < 6,00$** 

Kwota zobowiązania wobec PFRON (art.21 ust.1 i 7) \*  
 E1 zł gr

Kwota obniżenia wpłaty przyznana decyzjami zgodnie z art.49 ust. 1 lub ust. 4 ustawy  
 E3 zł gr

Kwota obniżenia wpłaty (art. 22 ustawy)\*\* z tytułu zakupów w ZPChr \*\*\*  
 E2 zł gr

Znak decyzji  
 E4

Znak decyzji  
 E5

Znak decyzji  
 E6

Suma kwot obniżenia wpłaty (E2+E3)  
 E7 zł gr

Kwota do zapłaty (E1-E7>=0)  
 E8 zł gr

Nadwyżka kwoty obniżenia wpłaty nad kwotą zobowiązania (E7-E1>0)  
 E9 zł gr

**F) ZOBOWIĄZANIE - wypełnia pracodawca, o którym mowa w art. 24 ustawy, gdy  $(D2/D1) \times 100 \geq 7,00$** 

Kwota zobowiązania wobec PFRON  
 F1 zł gr

Kwota obniżenia wpłaty przyznana decyzjami zgodnie z art. 49 ust. 1 lub ust. 4 ustawy  
 F2 zł gr

Znak decyzji  
 F3

Znak decyzji  
 F4

Znak decyzji  
 F5

Kwota do zapłaty (F1-F2)  
 F6 zł gr

**G) UWAGI**

.....  
 (Podpis i pieczętka kierownika zakładu pracy)

.....  
 (Podpis i pieczętka głównego księgowego)

**Pieczęć zakładu pracy**

\* Wyliczona zgodnie z art. 21 ust. 1 i 7 ustawy wg wzoru:  $E1 = 0,5 \times D4 \times \frac{6-D3}{100} \times D1$ ; w przypadku ujemnej wartości E1 w polu E1 należy wpisać 0

\*\* Obniżenie wpłaty przysługuje za miesiąc, w którym pracodawca był zobowiązany do wpłaty (E1>0)

\*\*\* Zakład pracy chronionej

WZÓR

**DEKLARACJA MIESIĘCZNYCH WPLAT NA PAŃSTWOWY  
FUNDUSZ REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

**DEK - II**

<b>A) IDENTYFIKACJA PRACODAWCY, O KTÓRYM MOWA W ART. 31 USTAWY</b>		
Numer w rejestrze PFRON A1	Nr Identyfikacji Statystycznej GUS (REGON)* A2	Nr Identyfikacji Podatkowej (NIP) A3
Numer decyzji Pełnomocnika do Spraw Osób Niepełnosprawnych ** A4	Data uzyskania statusu ZPChr *** Rok      Miesiąc      Dzień A5	
Pełna nazwa zakładu A6		
Kod A7	Miejscowość A8	
Ulica A9	Numer lokalu	
Imię i nazwisko oraz telefon osoby odpowiedzialnej za sporządzenie deklaracji A10		Telefony do zakładu pracy (z numerem kierunkowym) A11
<b>B) DEKLARACJA ZA MIESIĄC</b>		
Miesiąc      Rok B1	Data sporządzenia deklaracji Dzień      Miesiąc      Rok B2	
<b>C) RODZAJ DEKLARACJI ****</b>		
ZWYKŁA C1	KORYGUJĄCA C2	
<b>D) WPLATA Z TYTUŁU ZWOLNIENIA Z PODATKU DOCHODOWEGO OD DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ</b>		
Podatek od dochodu od początku roku D1	Kwota zobowiązania wobec PFRON (10% z D1) D2	
<b>E) WPLATA Z TYTUŁU ZWOLNIENIA Z PODATKU DOCHODOWEGO OD OSÓB FIZYCZNYCH (PRACOWNIKÓW)</b>		
Suma podatków od początku roku E1	Kwota zobowiązań wobec PFRON (10% z E1) E2	
<b>F) WPLATA Z TYTUŁU POZOSTAŁYCH ZWOLNIEŃ PODATKOWYCH ŁĄCZNIE</b>		
Suma podatków od początku roku F1	Kwota zobowiązań wobec PFRON (10% z F1) F2	

\* pierwsze dziewięć cyfr

\*\* numer decyzji stwierdzającej spełnienie przez zakład warunków określonych dla zakładu pracy chronionej

\*\*\* zakład pracy chronionej

\*\*\*\* wpisać X we właściwym polu



WZÓR

**DEKLARACJA ROCZNA - ROZLICZENIE WPLAT  
NA PAŃSTWOWY FUNDUSZ REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

**DEK - R - I**

A) IDENTYFIKACJA PRACODAWCY, O KTÓRYM MOWA W ART. 21 UST. 1 LUB ART. 24 USTAWY							
Numer w rejestrze PFRON <b>A1</b> <input style="width: 90%;" type="text"/>	Nr Identyfikacji Statystycznej GUS (REGON)* <b>A2</b> <input style="width: 90%;" type="text"/>	Nr Identyfikacji Podatkowej (NIP) <b>A3</b> <input style="width: 90%;" type="text"/>					
Pełna nazwa zakładu <b>A4</b> <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>							
Kod <b>A5</b> <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/>	Miejscowość <b>A6</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>						
Ulica <b>A7</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>				Numer lokalu <input style="width: 150px;" type="text"/>			
Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za sporządzenie deklaracji oraz telefon z numerem kierunkowym <b>A8</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>			Telefony do zakładu pracy (z numerem kierunkowym) <b>A9</b> <input style="width: 150px;" type="text"/>				
B) DATA SPORZĄDZENIA DEKLARACJI;			ZA ROK OBRACHUNKOWY				
<b>B1</b> <input style="width: 20px;" type="text"/> Dzień <input style="width: 20px;" type="text"/> Miesiąc <input style="width: 20px;" type="text"/> Rok <input style="width: 20px;" type="text"/>			<b>B2</b> <input style="width: 60px;" type="text"/> Rok				
C) RODZAJ DEKLARACJI **							
ZWYKŁA <b>C1</b> <input style="width: 40px;" type="text"/>			KORYGUJĄCA <b>C2</b> <input style="width: 40px;" type="text"/>				
D) MIESIĄCE OBOWIĄZKU WPLAT (wpisać X w polu Tak lub Nie)							
Miesiąc	Tak	Nie	Jeżeli nie, podać przyczynę	Miesiąc	Tak	Nie	Jeżeli nie, podać przyczynę
styczeń	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>	lipiec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>
luty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>	sierpień	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>
marzec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>	wrzesień	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>
kwiecień	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>	październik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>
maj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>	listopad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>
czerwiec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>	grudzień	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>

\* pierwsze dziewięć cyfr

\*\* wpisać X we właściwym polu

**E) ROZLICZENIE ROCZNE NALEŻNYCH WPLAT\* - wypełnia pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 1 ustawy**

Suma kwot deklarowanych w roku  
E1 zł gr

Suma dokonanych wpłat w roku  
E2 zł gr

Niedopłata  
E3 zł gr

Nadpłata  
E4 zł gr

**F) ROZLICZENIE ROCZNE NALEŻNYCH WPLAT\* - wypełnia pracodawca, o którym mowa w art. 24 ust. 2 ustawy**

Suma kwot deklarowanych w roku  
F1 zł gr

Suma dokonanych wpłat w roku  
F2 zł gr

Niedopłata  
F3 zł gr

Nadpłata  
F4 zł gr

**G) UWAGI**

.....  
(Podpis i pieczęć kierownika zakładu pracy)

.....  
(Podpis i pieczęć głównego księgowego)

Pieczęć zakładu pracy

\* dotyczy: 1) deklaracji, które zostały złożone w danym roku kalendarzowym  
2) wpłat dokonanych w tym okresie







