

ciepło pobierane jest bez zawarcia umowy, oraz zamówionej mocy cieplnej dla podobnych obiektów,

2) wielkości nielegalnie pobranego ciepła, ustalonej na podstawie wielkości pobranej mocy cieplnej, o której mowa w pkt 1, i średniego czasu jej wykorzystania dla podobnych obiektów.

2. W przypadku gdy ciepło jest pobierane niezgodnie z warunkami określonymi w umowie, przedsiębiorstwo energetyczne może obciążyć odbiorcę opłatami w wysokości obliczonej na podstawie dwukrotności cen i stawek opłat, określonych w taryfie dla danej grupy taryfowej. Opłaty oblicza się dla każdego miesiąca, w którym nastąpił pobór ciepła niezgodnie z umową.

3. Opłaty, o których mowa w ust. 1, oblicza się dla całego nie objętego przedawnieniem okresu udowodnionego nielegalnie pobieranego ciepła, a w przypadku braku możliwości udowodnienia tego okresu — dla okresu jednego roku, jeśli umowa sprzedaży ciepła lub umowa o świadczenie usług przesyłowych nie stanowi inaczej.

4. Przekroczenie zamówionej mocy cieplnej z powodu zwiększenia przez odbiorcę natężenia przepływu nośnika ciepła powyżej obliczeniowego natężenia przepływu stanowi podstawę do ustalania przez przedsiębiorstwo energetyczne opłat za zamówioną moc cieplną w wysokości wynikającej z tego przekroczenia, poczynając od miesiąca następującego po miesiącu,

w którym stwierdzono przekroczenie zamówionej mocy cieplnej przez odbiorcę.

Rozdział 5

Przepisy przejściowe i końcowe

§ 46. Taryfy obowiązujące przed dniem wejścia w życie ustawy z dnia 26 maja 2000 r. o zmianie ustawy — Prawo energetyczne (Dz. U. Nr 48, poz. 555), dostosowane w zakresie opłaty za przyłączenie i opłaty za świadczenie usług przesyłowych do przepisów art. 7 ust. 5 i art. 45 ust. 5 ustawy nie później niż w terminie 30 dni od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, obowiązują nie dłużej niż do dnia 30 czerwca 2001 r.

§ 47. Traci moc rozporządzenie Ministra Gospodarki z dnia 6 października 1998 r. w sprawie szczególnych zasad kształtowania i kalkulacji taryf oraz zasad rozliczeń w obrocie ciepłem, w tym rozliczeń z indywidualnymi odbiorcami w lokalach (Dz. U. Nr 132, poz. 867 i z 1999 r. Nr 30, poz. 291).

§ 48. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Gospodarki: *J. Steinhoff*

1054

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ

z dnia 17 października 2000 r.

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

Na podstawie art. 21 ust. 2f 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, z 1998 r. Nr 99, poz. 628, Nr 106, poz. 668, Nr 137, poz. 887, Nr 156, poz. 1019, Nr 162, poz. 1118 i 1126, z 1999 r. Nr 49, poz. 486, Nr 90, poz. 1001, Nr 95, poz. 1101 i Nr 111, poz. 1280 oraz z 2000 r. Nr 48, poz. 550) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Określa się wzory miesięcznych i rocznych informacji odpowiednio o zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, o zatrudnieniu i kształceniu osób niepełnosprawnych lub o działalności na rzecz osób niepełnosprawnych, składanych Zarządowi Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przez

pracodawców zwolnionych z wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie art. 21 ust. 2, 2a, 2b i 2e ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

2. Wzór informacji miesięcznej INF-1, o której mowa w ust. 1, stanowi załącznik nr 1 do rozporządzenia.

3. Wzór informacji rocznej INF-2, o której mowa w ust. 1, stanowi załącznik nr 2 do rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Pracy i Polityki Społecznej: *L. Komotowski*

Załączniki do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 17 października 2000 r. (poz. 1054)

Załącznik nr 1

Wzór

INF-1

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

za:

1. Miesiąc	2. Rok

Podstawa prawna:	Art. 21 ust. 2f ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123, poz. 776, ze zm.), zwanej dalej „ustawą”
Składający:	Pracodawca zwolniony z wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie art. 21 ust. 2, 2a, 2b lub 2e ustawy
Termin składania:	Do 20 dnia miesiąca następującego po miesiącu, którego dotyczy informacja
Adresat:	Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa

A. Dane ewidencyjne pracodawcy

A.1. Nazwa i adres pracodawcy

3. Numer w rejestrze PFRON					
4. Nazwa pracodawcy ¹					
5. REGON			6. NIP		
7. EKD					
8. Województwo			9. Powiat		
10. Gmina			11. Miejscowość		
12. Kod pocztowy		13. Poczta	14. Ulica	15. Nr domu	16. Nr lokalu
17. Telefon		18. Faks		19. E-mail	

¹ Należy podać pełną nazwę pracodawcy.

A.2. Forma prawna działalności i forma własności ²	
20. Forma prawna działalności ³	21. Forma własności ³
<input type="checkbox"/> 1. Osoba fizyczna <input type="checkbox"/> 2. Spółka cywilna <input type="checkbox"/> 3. Spółka jawna <input type="checkbox"/> 4. Spółka komandytowa <input type="checkbox"/> 5. Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością <input type="checkbox"/> 6. Spółka akcyjna <input type="checkbox"/> 7. Przedsiębiorstwo państwowe <input type="checkbox"/> 8. Państwowa jednostka organizacyjna <input type="checkbox"/> 9. Samorządowa jednostka organizacyjna <input type="checkbox"/> 10. Spółdzielnia <input type="checkbox"/> 11. Stowarzyszenie <input type="checkbox"/> 12. Fundacja <input type="checkbox"/> 13. Organizacja społeczna <input type="checkbox"/> 14. Związek zawodowy <input type="checkbox"/> 15. Związek wyznaniowy <input type="checkbox"/> 16. Inna – jaka ?	<input type="checkbox"/> 1. Jednostka organizacyjna Skarbu Państwa <input type="checkbox"/> 2. Państwowa osoba prawna <input type="checkbox"/> 3. Jednostka samorządu terytorialnego <input type="checkbox"/> 4. Krajowa osoba fizyczna <input type="checkbox"/> 5. Inna krajowa jednostka prywatna <input type="checkbox"/> 6. Osoba zagraniczna

B. Podstawa prawna zwolnienia z wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, o których mowa w art. 21 ust. 1 ustawy

22. Podstawa prawna: 1. art. 21 ust. 2 2. art. 21 ust. 2a 3. art. 21 ust. 2b 4. art. 21 ust. 2e

C. Typ pracodawcy

23. Typ pracodawcy zwolnionego na podstawie art. 21 ust. 2a ustawy	24. Typ pracodawcy zwolnionego na podstawie art. 21 ust. 2b ustawy	25. Typ pracodawcy zwolnionego na podstawie art. 21 ust. 2e ustawy
1. Państwowa jednostka organizacyjna: <input type="checkbox"/> a) jednostka budżetowa <input type="checkbox"/> b) zakład budżetowy <input type="checkbox"/> c) gospodarstwo pomocnicze <input type="checkbox"/> d) instytucja kultury <input type="checkbox"/> e) jednostka organizacyjna zajmująca się statutowo ochroną dóbr kultury uznanych za pomnik historii 2. Samorządowa jednostka organizacyjna: <input type="checkbox"/> a) jednostka budżetowa <input type="checkbox"/> b) zakład budżetowy <input type="checkbox"/> c) gospodarstwo pomocnicze <input type="checkbox"/> d) instytucja kultury <input type="checkbox"/> e) jednostka organizacyjna zajmująca się statutowo ochroną dóbr kultury uznanych za pomnik historii <input type="checkbox"/> 3. Inna jednostka organizacyjna zajmująca się statutowo ochroną dóbr kultury uznanych za pomnik historii	1. Wyższa szkoła: <input type="checkbox"/> a) państwowa <input type="checkbox"/> b) niepaństwowa 2. Wyższa szkoła zawodowa: <input type="checkbox"/> a) państwowa <input type="checkbox"/> b) niepaństwowa 3. Szkoła: <input type="checkbox"/> a) publiczna <input type="checkbox"/> b) niepubliczna 4. Placówka opiekuńczo-wychowawcza: <input type="checkbox"/> a) publiczna <input type="checkbox"/> b) niepubliczna 5. Placówka resocjalizacyjna: <input type="checkbox"/> a) publiczna <input type="checkbox"/> b) niepubliczna <input type="checkbox"/> 6. Zakład kształcenia nauczycieli	1. Publiczna jednostka organizacyjna nie działająca w celu osiągnięcia zysku, której wyłącznym przedmiotem prowadzonej działalności jest: <input type="checkbox"/> a) rehabilitacja społeczna i lecznicza osób niepełnosprawnych <input type="checkbox"/> b) kształcenie osób niepełnosprawnych <input type="checkbox"/> c) opieka nad osobami niepełnosprawnymi 2. Niepubliczna jednostka organizacyjna nie działająca w celu osiągnięcia zysku, której wyłącznym przedmiotem prowadzonej działalności jest: <input type="checkbox"/> a) rehabilitacja społeczna i lecznicza osób niepełnosprawnych <input type="checkbox"/> b) kształcenie osób niepełnosprawnych <input type="checkbox"/> c) opieka nad osobami niepełnosprawnymi

² Stosownie do § 8 i 9 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 27 lipca 1999 r. w sprawie sposobu i metodologii prowadzenia i aktualizacji rejestru podmiotów gospodarki narodowej, w tym wzorów wniosków, ankiet i zaświadczeń, oraz szczegółowych warunków i trybu współdziałania służb statystyki publicznej z innymi organami prowadzącymi urzędowe rejestry i systemy informacyjne administracji publicznej (Dz.U. Nr 69, poz. 763).

³ W częściach: A.2, B, C i E należy odpowiednio oznaczyć właściwy kwadrat znakiem „x”.

D. Wskaźniki										
D.1. Wskaźniki zatrudnienia osób niepełnosprawnych										
<i>Wypełnia pracodawca zwolniony z wpłat na podstawie art. 21 ust. 2, 2a lub 2b ustawy</i>										
Miesiąc	Przeciętne zatrudnienie w miesiącu w osobach			Przeciętne zatrudnienie w miesiącu w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy			Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych			
	w tym osób niepełnosprawnych w stopniu:			w tym osób niepełnosprawnych w stopniu:			kolumny (7+8+9)/6			
	Ogółem	umiarkowanym	lekkiem	Ogółem	znacznym	umiarkowanym	lekkiem			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
26.	27.	28.	29.	30.	31.	32.	33.	34.	35.	

D.2. Wskaźniki wychowanków, uczniów, studentów lub słuchaczy										
<i>Wypełnia pracodawca zwolniony z wpłat na podstawie art. 21 ust. 2b ustawy</i>										
Miesiąc	Liczba wychowanków, uczniów, studentów lub słuchaczy uczących się lub studiujących w ramach ogólnie obowiązujących w danej jednostce regulaminów nauczania lub studiowania ubiegłym ⁴			Wskaźniki wychowanków, uczniów, studentów lub słuchaczy będących osobami niepełnosprawnymi uczących się lub studiujących w ramach ogólnie obowiązujących w danej jednostce regulaminów nauczania lub studiowania			Suma wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych i podwojonego wskaźnika wychowanków, uczniów, studentów lub słuchaczy będących osobami niepełnosprawnymi uczącymi się lub studiującymi w ramach ogólnie obowiązujących w danej jednostce regulaminów nauczania lub studiowania			
	w tym osób niepełnosprawnych			wskaznik			podwojony wskaźnik wykazany w kolumnie 4			
	ogółem	2	3	4	5	6				
36.	37.	38.	39.	40.	41.					

⁴ Na podstawie sprawozdań odpowiednio S-01-S-18 według wzorów określonych w załączniku nr 1 do rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 grudnia 1999 r. 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 na rok 2000 (Dz. U. Nr 112, poz. 1318 oraz z 2000 r. Nr 23, poz. 292, Nr 38, poz. 421 i Nr 76, poz. 868).

E. Działania podejmowane na rzecz osób niepełnosprawnych w zakresie rehabilitacji społecznej, leczniczej, opieki nad osobami niepełnosprawnymi lub kształcenia osób niepełnosprawnych⁵

Wypełnia pracodawca zwolniony z wpłat na podstawie art. 21 ust. 2e ustawy

42. Liczba rodzajów działań na rzecz osób niepełnosprawnych (1) ⁶ _____	43. Liczba rodzajów działań na rzecz osób niepełnosprawnych (2) ⁶ _____	44. Liczba rodzajów działań na rzecz osób niepełnosprawnych (3) ⁶ _____
45. Rodzaje działań (1):	46. Rodzaje działań (2):	47. Rodzaje działań (3):
<input type="checkbox"/> 1. Kształtowanie zaradności osobistej, pobudzanie aktywności społecznej lub wyrabianie umiejętności samodzielnego wypełniania ról społecznych 2. Organizowanie: <input type="checkbox"/> a) warsztatów terapii zajęciowej, <input type="checkbox"/> b) turnusów rehabilitacyjnych <input type="checkbox"/> c) zespołów ćwiczeń usprawniających psychoruchowo, rekreacyjnych i sportowych lub innych zespołów aktywności społecznej zgodnie z potrzebami osób niepełnosprawnych 3. Likwidacja barier: <input type="checkbox"/> a) architektonicznych i urbanistycznych (w szczególności przystosowywanie mieszkań) <input type="checkbox"/> b) transportowych <input type="checkbox"/> c) technicznych <input type="checkbox"/> d) w komunikowaniu się (usługi lektorów, przewodników, tłumaczy – stosownie do potrzeb osób niepełnosprawnych) <input type="checkbox"/> e) w dostępie do informacji (w szczególności pomoc prawna, pomoc poradniczo-informacyjna) <input type="checkbox"/> 4. Kształtowanie właściwych postaw i zachowań sprzyjających integracji osób niepełnosprawnych ze społeczeństwem (w szczególności rzecznictwo i ochrona praw osób niepełnosprawnych) <input type="checkbox"/> 5. Inne formy rehabilitacji społecznej – jakie?	<input type="checkbox"/> 1. Badania lekarskie i specjalistyczna diagnoza w zakresie rehabilitacji 2. Świadczenia terapeutyczne: <input type="checkbox"/> a) terapia psychologiczna <input type="checkbox"/> b) inne świadczenia terapeutyczne (w szczególności w formie fizykoterapii i ćwiczeń ruchowych) 3. Zaopatrzenie osób niepełnosprawnych w: <input type="checkbox"/> a) leki niezbędne na potrzeby rehabilitacji <input type="checkbox"/> b) przedmioty ortopedyczne lub sprzęt rehabilitacyjny <input type="checkbox"/> 4. Dopłaty do leczenia i rehabilitacji <input type="checkbox"/> 5. Rehabilitacja fizyczna lub usprawnianie do funkcjonowania w społeczeństwie <input type="checkbox"/> 6. Pomoc mieszkaniowa, rzeczowa lub finansowa <input type="checkbox"/> 7. Gromadzenie i dystrybucja żywności lub posiłków <input type="checkbox"/> 8. Opieka paliatywna <input type="checkbox"/> 9. Świadczenie innych usług rehabilitacyjnych lub opiekuńczych – jakich?	<input type="checkbox"/> 1. Prowadzenie przedszkola integracyjnego lub szkoły integracyjnej <input type="checkbox"/> 2. Prowadzenie kształcenia dorosłych <input type="checkbox"/> 3. Organizowanie szkoleń i przekwalifikowania zawodowego <input type="checkbox"/> 4. Organizowanie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych <input type="checkbox"/> 5. Wspieranie rozwoju zainteresowań i uzdolnień osób niepełnosprawnych <input type="checkbox"/> 6. Inne działania w zakresie kształcenia osób niepełnosprawnych – jakie?

F. Oświadczenie pracodawcy lub upoważnionej osoby reprezentującej pracodawcę

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

48. Imię

49. Nazwisko

50. Telefon

51. Data wypełnienia formularza (dzień-miesiąc-rok)

52. Podpis (i pieczęć) pracodawcy

____ - ____ - _____

⁵ Należy uwzględnić wszystkie rodzaje działań na rzecz osób niepełnosprawnych.

⁶ Należy wpisać liczbę rodzajów działań wymienionych w kolumnie poniżej.

INF-2

Wzór

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

za:

1. Rok

Podstawa prawna:	Art. 21 ust. 2f ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123, poz. 776, ze zm.), zwanej dalej „ustawą”
Składający:	Pracodawca zwolniony z wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie art. 21 ust. 2, 2a, 2b lub 2e ustawy
Termin składania:	Do dnia 20 stycznia roku następującego po roku, którego informacja dotyczy
Adresat:	Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa

A. Dane ewidencyjne pracodawcy**A.1. Nazwa i adres pracodawcy**

2. Numer w rejestrze PFRON				

3. Nazwa pracodawcy ¹				
4. REGON			5. NIP	
_____ - _____			_____	
6. EKD				

7. Województwo			8. Powiat	
_____			_____	
9. Gmina			10. Miejscowość	
_____			_____	
11. Kod pocztowy	12. Poczta	13. Ulica	14. Nr domu	15. Nr lokalu
_____ - _____	_____	_____	_____	_____
16. Telefon		17. Faks		18. E-mail
_____		_____		_____

¹ Należy podać pełną nazwę pracodawcy.

A.2. Forma prawna działalności i forma własności²19. Forma prawna działalności³

1. Osoba fizyczna
2. Spółka cywilna
3. Spółka jawna
4. Spółka komandytowa
5. Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
6. Spółka akcyjna
7. Przedsiębiorstwo państwowe
8. Państwowa jednostka organizacyjna
9. Samorządowa jednostka organizacyjna
10. Spółdzielnia
11. Stowarzyszenie
12. Fundacja
13. Organizacja społeczna
14. Związek zawodowy
15. Związek wyznaniowy
16. Inna – jaka ?

20. Forma własności³

1. Jednostka organizacyjna Skarbu Państwa
2. Państwowa osoba prawna
3. Jednostka samorządu terytorialnego
4. Krajowa osoba fizyczna
5. Inna krajowa jednostka prywatna
6. Osoba zagraniczna

B. Działania podejmowane na rzecz osób niepełnosprawnych w zakresie rehabilitacji społecznej, leczniczej, opieki nad osobami niepełnosprawnymi lub kształcenia osób niepełnosprawnych⁴

Wypełnia pracodawca zwolniony z wpłat na podstawie art. 21 ust. 2e ustawy

	Działania (1) ⁵		Działania (2) ⁵		Działania (3) ⁵	
	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie
I	21.	22.	23.	24.	25.	26.
II	27.	28.	29.	30.	31.	32.
III	33.	34.	35.	36.	37.	38.
IV	39.	40.	41.	42.	43.	44.
V	45.	46.	47.	48.	49.	50.
VI	51.	52.	53.	54.	55.	56.
VII	57.	58.	59.	60.	61.	62.
VIII	63.	64.	65.	66.	67.	68.
IX	69.	70.	71.	72.	73.	74.
X	75.	76.	77.	78.	79.	80.
XI	81.	82.	83.	84.	85.	86.
XII	87.	88.	89.	90.	91.	92.

² Stosownie do § 8 i 9 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 27 lipca 1999 r. w sprawie sposobu i metodologii prowadzenia i aktualizacji rejestru podmiotów gospodarki narodowej, w tym wzorów wniosków, ankiet i zaświadczeń, oraz szczegółowych warunków i trybu współdziałania służb statystyki publicznej z innymi organami prowadzącymi urzędowe rejestry i systemy informacyjne administracji publicznej (Dz.U. Nr 69, poz. 763).

³ W częściach: A.2, B i D należy odpowiednio oznaczyć właściwy kwadrat znakiem „x”.

⁴ Należy uwzględnić wszystkie rodzaje działań na rzecz osób niepełnosprawnych.

⁵ Odpowiednio: działania (1), wymienione w polu 45, działania (2), wymienione w polu 46 i działania (3) wymienione w polu 47 informacji miesięcznej.

C. Wskaźniki											
C.1. Wskaźniki zatrudnienia osób niepełnosprawnych											
<i>Wypełnia pracodawca zwolniony z wpłat na podstawie art. 21 ust. 2, 2a lub 2b ustawy</i>											
Miesiąc	Przeciętne zatrudnienie w miesiącu w osobach				Ogółem	Przeciętne zatrudnienie w miesiącu w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy				Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych <i>kolumny (7+8+9)/6</i>	
	w tym osób niepełnosprawnych w stopniu:					w tym osób niepełnosprawnych w stopniu:					
	znacznym	umiarkowanym	lekkiem	5		znacznym	umiarkowanym	lekkiem	9		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
I	93.	94.	95.	96.	97.	98.	99.	100.	101.		
II	102.	103.	104.	105.	106.	107.	108.	109.	110.		
III	111.	112.	113.	114.	115.	116.	117.	118.	119.		
IV	120.	121.	122.	123.	124.	125.	126.	127.	128.		
V	129.	130.	131.	132.	133.	134.	135.	136.	137.		
VI	138.	139.	140.	141.	142.	143.	144.	145.	146.		
VII	147.	148.	149.	150.	151.	152.	153.	154.	155.		
VIII	156.	157.	158.	159.	160.	161.	162.	163.	164.		
IX	165.	166.	167.	168.	169.	170.	171.	172.	173.		
X	174.	175.	176.	177.	178.	179.	180.	181.	182.		
XI	183.	184.	185.	186.	187.	188.	189.	190.	191.		
XII	192.	193.	194.	195.	196.	197.	198.	199.	200.		

C.2. Wskaźniki wychowanków, uczniów lub słuchaczy ⁶ Wypełnia pracodawca zwolniony z wpłat na podstawie art. 21 ust. 2b ustawy					
Miesiąc	Liczba wychowanków, uczniów, studentów lub słuchaczy uczących się lub studiujących w ramach ogólnie obowiązujących w danej jednostce regulaminów nauczania lub studiowania według stanu w roku ubiegłym		Wskaźniki osób niepełnosprawnych kolumny 3/2		Suma wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych i podwojonego wskaźnika wychowanków, uczniów, studentów lub słuchaczy będących osobami niepełnosprawnymi uczącymi się lub studiującymi w ramach ogólnie obowiązujących w danej jednostce regulaminów nauczania lub studiowania kolumny 5 (z D.2.) +10 (z D.1.) 6
	ogółem	2	3	4	
1		201.		203.	205.
I		202.		204.	
II		206.		208.	210.
III		211.		213.	215.
IV		216.		218.	220.
V		221.		223.	225.
VI		226.		228.	230.
VII		231.		233.	235.
VIII		236.		238.	240.
IX		241.		243.	245.
X		246.		248.	250.
XI		251.		253.	255.
XII		256.		258.	260.

⁶ Na podstawie sprawozdań odpowiednio S-01-S-18 według wzorów określonych w załączniku nr 1 do rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 grudnia 1999 r. 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 na rok 2000 (Dz. U. Nr 112, poz. 1318 oraz z 2000 r. Nr 23, poz. 292, Nr 38, poz. 421 i Nr 76, poz. 868).

D. Miesiące korzystania ze zwolnienia z wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Miesiąc	Tak	Nie	Podstawa prawna ⁷	Miesiąc	Tak	Nie	Podstawa prawna ⁷
Styczeń	261.	262.	263.	Lipiec	279.	280.	281.
Luty	264.	265.	266.	Sierpień	282.	283.	284.
Marzec	267.	268.	269.	Wrzesień	285.	286.	287.
Kwiecień	270.	271.	272.	Październik	288.	289.	290.
Maj	273.	274.	275.	Listopad	291.	292.	293.
Czerwiec	276.	277.	278.	Grudzień	294.	295.	296.

E. Oświadczenie pracodawcy lub upoważnionej osoby reprezentującej pracodawcę

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

297. Imię

298. Nazwisko

299. Telefon

300. Data wypełnienia formularza (dzień-miesiąc-rok)

301. Podpis (i pieczęć) pracodawcy

--

⁷ Należy podać wszystkie podstawy prawne zwolnienia.