

**862****ROZPORZĄDZENIE MINISTRA PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ**

z dnia 20 lipca 2001 r.

**w sprawie ustalenia 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, z 1998 r. Nr 99, poz. 628, Nr 106, poz. 668, Nr 137, poz. 887, Nr 156, poz. 1019 i 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, z 2000 r. Nr 48, poz. 550 i Nr 119, poz. 1249 oraz z 2001 r. Nr 39, poz. 459) zarządza się, co następuje:

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

- 1) wzór deklaracji DEK-I-0 dotyczącej wpłat należnych na podstawie art. 21 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, zwanej dalej „ustawą”, stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia,
- 2) wzór deklaracji DEK-I-a dotyczącej wpłat należnych na podstawie art. 21 ust. 2a i 2g ustawy, stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia,
- 3) wzór deklaracji DEK-I-b dotyczącej wpłat należnych na podstawie art. 21 ust. 2b i 2g ustawy, stanowiący załącznik nr 3 do rozporządzenia,
- 4) wzór deklaracji DEK-II dotyczącej wpłat należnych na podstawie art. 31 ust. 3 pkt 1 ustawy, stanowiący załącznik nr 4 do rozporządzenia,

5) wzór deklaracji DEK-II-a dotyczącej wpłat należnych na podstawie art. 33 ust. 7 ustawy, stanowiący załącznik nr 5 do rozporządzenia.

2. Określa się wzór deklaracji DEK-W dotyczącej wpłat należnych na podstawie art. 23 ustawy, stanowiący załącznik nr 6 do rozporządzenia.

3. Określa się wzór rocznej deklaracji DEK-R dotyczącej wpłat należnych na podstawie art. 21 ust. 1, 2a, 2b i 2g oraz art. 23, art. 31 ust. 3 pkt 1 i art. 33 ust. 7 ustawy, stanowiący załącznik nr 7 do rozporządzenia.

4. Określa się wzór deklaracji DEK-Z dotyczącej danych ewidencyjnych pracodawców zobowiązanych do wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie art. 21 ust. 1, art. 21 ust. 2a i 2g, art. 21 ust. 2b i 2g, art. 23, art. 31 ust. 3 pkt 1 ustawy, stanowiący załącznik nr 8 do rozporządzenia. Deklarację DEK-Z składa się łącznie z deklaracjami DEK-I-0, DEK-I-a, DEK-I-b, DEK-II i DEK-W.

§ 2. Traci moc 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 (Dz. U. Nr 143, poz. 923).

§ 4. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2002 r.

Minister Pracy i Polityki Społecznej: *L. Komotowski*

Załączniki do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej  
z dnia 20 lipca 2001 r. (poz. 862)

**Załącznik nr 1**

*Wzór*

**DEK – I – 0** Deklaracja miesięcznych wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

<b>Podstawa prawna:</b>	Art. 49 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
<b>Składający:</b>	Pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 1 ustawy, zobowiązany do wpłat na Fundusz (PFRON).
<b>Termin składania:</b>	Do 20 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym zaistniały okoliczności powodujące powstanie obowiązku wpłat.
<b>Adresat:</b>	Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa, tel. (0 22) 620- 03-51.

<b>A. Dane ewidencyjne pracodawcy<sup>1</sup></b>			1. Numer w rejestrze PFRON _____	
2. REGON _____	9 pierwszych cyfr	3. NIP _____	4. PKD _____	
5. Pełna nazwa pracodawcy _____				
6. Kod pocztowy ____-____	7. Miejscowość _____	8. Ulica _____	9. Nr domu _____	10. Nr lokalu _____

<b>B. Informacje o deklaracji</b>	
11. Okres sprawozdawczy	12. Deklaracja:
1. Miesiąc ____	2. Rok ____
<input type="checkbox"/> 1. Zwykła <input type="checkbox"/> 2. Korygująca	

<b>C. Zatrudnienie osób niepełnosprawnych w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy</b>				
Zatrudnienie ogółem	13. _____	w tym etatów osób niepełnosprawnych ogółem	14. _____	
w tym etatów osób niepełnosprawnych w stopniu:				
znacznym ze szczególnymi schorzeniami <sup>2</sup>		umiarkowanym ze szczególnymi schorzeniami <sup>2</sup>		lekki
15. _____	16. pozostali _____	17. _____	18. pozostali _____	19. _____
Liczba pracowników odpowiadająca różnicy między zatrudnieniem zapewniającym wymagane wskaźniki zatrudnienia osób niepełnosprawnych a rzeczywistym zatrudnieniem osób niepełnosprawnych $0,06 * \text{poz. } 13 - (3 * \text{poz. } 15 + 2 * \text{poz. } 17 + \text{poz. } 14)$				20. _____

<b>D. Rozliczenie wpłaty</b>	
<b>D1. Obliczenie kwoty należnej wpłaty</b>	
Przeciętne wynagrodzenie <sup>3</sup>	21. _____
Wpłata należna <sup>4</sup>	22. _____
Jeżeli otrzymano wartość ujemną – należy wpisać zero $0,4065 * \text{poz. } 21 * \text{poz. } 20$	

**DEK-I-0** 1/2

<sup>1</sup> W przypadku składania deklaracji DEK-I-0 po raz pierwszy oraz w przypadku zmian danych ewidencyjnych dołącza się również deklarację DEK-Z.

<sup>2</sup> O których mowa w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 18 września 1998 r. w sprawie rodzajów schorzeń uzasadniających obniżenie wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych oraz sposobu jego obniżania (Dz.U. Nr 124, poz. 820 i Nr 127, poz. 843).

<sup>3</sup> Przeciętne miesięczne wynagrodzenie w gospodarce narodowej w poprzednim kwartale od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w formie komunikatu w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, na podstawie art. 20 pkt 3 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. Nr 162, poz. 1118, z 1999 r. Nr 38, poz. 360, Nr 70, poz. 774, Nr 72, poz. 801 i 802 i Nr 106, poz. 1215, z 2000 r. Nr 2, poz. 26, Nr 9, poz. 118, Nr 19, poz. 238, Nr 56, poz. 678 i Nr 84, poz. 948 oraz z 2001 r. Nr 8, poz. 64 i Nr 27, poz. 298).

<sup>4</sup> Na podstawie art. 21 ust. 1 ustawy.

<b>D2. Obniżenie wpłaty na podstawie art. 22 ustawy</b>		<i>Wypełnia pracodawca korzystający z obniżenia wpłat na PFRON</i>	
Kwota obniżenia wykorzystana w danym miesiącu ≤ poz. 22		Kwota należności po obniżeniu wpłaty poz. 22 – poz. 23	
23.  _____		24.  _____	
<b>D3. Pozostała kwota obniżenia wpłat</b>			
Kwota obniżenia do wykorzystania w przyszłym okresie		25.  _____	
w tym kwota obniżenia nabyta przed 1 stycznia 1999 r. <sup>5</sup>		26.  _____	
<b>D4. Złagodzenie obowiązku wpłat<sup>6</sup></b> <i>Wypełnia pracodawca, wobec którego zastosowano złagodzenie obowiązku wpłat na PFRON</i>			
27. Podstawa złagodzenia obowiązku wpłat	Data wydania i znak decyzji	Kwota złagodzenia obowiązku	
<input type="checkbox"/> 1. Decyzja Prezesa Zarządu PFRON	28. _____	29. ≤ poz. 24	
<input type="checkbox"/> 2. Decyzja Ministra Pracy i Polityki Społecznej		_____	
<input type="checkbox"/> 3. Inna		_____	
<b>D5. Należna wpłata</b>			
Kwota należna do zapłaty poz. 24 – poz. 29		30.  _____	

**E. Uwagi**

--

**Pouczenie:** W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. 30 lub wpłacenia jej w niepełnej wysokości niniejsza deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego, zgodnie z art. 26a ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz.U. z 1991 r. Nr 36, poz. 161, z 1992 r. Nr 20, poz. 78, z 1993 r. Nr 28, poz. 127, z 1995 r. Nr 85, poz. 426, z 1996 r. Nr 43, poz. 189 i Nr 146, poz. 680, z 1997 r. Nr 137, poz. 926 i Nr 141, poz. 943 i 944, z 1998 r. Nr 162, poz. 1126, z 2000 r. Nr 114, poz. 1193, Nr 120, poz. 1268 i Nr 122, poz. 1315 oraz z 2001 r. Nr 76, poz. 809).

**INFORMACJA UZUPEŁNIAJĄCA****F. Zatrudnienie osób niepełnosprawnych**

Zatrudnienie ogółem	31. _____	w tym osób niepełnosprawnych ogółem	32. _____	
w tym osób niepełnosprawnych w stopniu:				
znacznym		umiarkowanym		lekkim
ze szczególnymi schorzeniami <sup>2</sup>	pozostali	ze szczególnymi schorzeniami <sup>2</sup>	pozostali	
33. _____	34. _____	35. _____	36. _____	37. _____

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

38. Data wypełnienia deklaracji  _____ - _____ - _____	39. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej
--	--

**G. Adnotacje**

DEK-I-0 2/2

<sup>5</sup> Na podstawie rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 30 września 1991 r. w sprawie szczegółowych zasad obniżania wpłat zakładów pracy na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz.U. Nr 88, poz. 401).

<sup>6</sup> Na podstawie art. 48 lub 67 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Ordynacja podatkowa (Dz.U. Nr 137, poz. 926 i Nr 160, poz. 1083, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, z 1999 r. Nr 11, poz. 95 i Nr 92, poz. 1062, z 2000 r. Nr 94, poz. 1037, Nr 116, poz. 1216, Nr 120, poz. 1268 i Nr 122, poz. 1315 oraz z 2001 r. Nr 16, poz. 166, Nr 39, poz. 459 i Nr 42, poz. 475).

## Wzór

**DEK – I – a** Deklaracja miesięcznych wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

<b>Podstawa prawna:</b>	Art. 49 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
<b>Składający:</b>	Pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 2a i 2g ustawy, zobowiązany do wpłat na Fundusz (PFRON).
<b>Termin składania:</b>	Do 20 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym zaistniały okoliczności powodujące powstanie obowiązku wpłat.
<b>Adresat:</b>	Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa, tel. (0 22) 620- 03-51.

<b>A. Dane ewidencyjne pracodawcy<sup>1</sup></b>					1. Numer w rejestrze PFRON  _____		
2. REGON  _____		9 pierwszych cyfr		3. NIP  _____		4. PKD  _____	
5. Pełna nazwa pracodawcy  _____							
6. Kod pocztowy  ____-____		7. Miejscowość  _____		8. Ulica  _____		9. Nr domu  _____	10. Nr lokalu  _____

<b>B. Informacje o deklaracji</b>			
11. Okres sprawozdawczy		12. Deklaracja:	
1. Miesiąc  ____	2. Rok  ____	<input type="checkbox"/> 1. Zwykła	<input type="checkbox"/> 2. Korygująca

<b>C. Zatrudnienie osób niepełnosprawnych w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy</b>							
Ogółem		13. _____		w tym etatów osób niepełnosprawnych ogółem		14. _____	
w tym etatów osób niepełnosprawnych w stopniu:							
znacznym ze szczególnymi schorzeniami <sup>2</sup>		pozostali		umiarkowanym ze szczególnymi schorzeniami <sup>2</sup>		lekkim	
15. _____	16. _____	17. _____	18. _____	19. _____			
Liczba pracowników odpowiadająca różnicy między zatrudnieniem zapewniającym osiągnięcie wymaganego wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych a rzeczywistym zatrudnieniem osób niepełnosprawnych						20. _____	
0, 02 * poz. 13 - (3 * poz. 15 + 2 * poz. 17 + poz. 14)							

<b>D. Rozliczenie wpłaty</b>	
<b>D1. Obliczenie kwoty należnej wpłaty</b>	
Przeciętne wynagrodzenie <sup>3</sup>	21. _____
Wpłata należna <sup>4</sup>	22. _____
Jeżeli otrzymano wartość ujemną – należy wpisać zero	0,4065 * poz. 21 * poz. 20

DEK-I-a 1/2

<sup>1</sup> W przypadku składania deklaracji DEK-I-a po raz pierwszy oraz w przypadku zmian danych ewidencyjnych dołącza się również deklarację DEK-Z.<sup>2</sup> O których mowa w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 18 września 1998 r. w sprawie rodzajów schorzeń uzasadniających obniżenie wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych oraz sposobu jego obniżania (Dz. U. Nr 124, poz. 820 i Nr 127, poz. 843).<sup>3</sup> Przeciętne miesięczne wynagrodzenie w gospodarce narodowej w poprzednim kwartale od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w formie komunikatu w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, na podstawie art. 20 pkt 3 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. Nr 162, poz. 1118, z 1999 r. Nr 38, poz. 360, Nr 70, poz. 774, Nr 72, poz. 801 i 802 i Nr 106, poz. 1215, z 2000 r. Nr 2, poz. 26, Nr 9, poz. 118, Nr 19, poz. 238, Nr 56, poz. 678 i Nr 84, poz. 948 oraz z 2001 r. Nr 8, poz. 64 i Nr 27, poz. 298).<sup>4</sup> Na podstawie art. 21 ust. 2a i 2g ustawy.

<b>D2. Obniżenie wpłaty na podstawie art. 22 ustawy</b>		<i>Wypełnia pracodawca korzystający z obniżenia wpłat na PFRON</i>	
Kwota obniżenia wykorzystana w danym miesiącu <i>≤ poz. 22</i>		Kwota należności po obniżeniu wpłaty <i>poz. 22 – poz. 23</i>	
23. _____		24. _____	
<b>D3. Pozostała kwota obniżenia wpłat</b>			
Kwota obniżenia do wykorzystania w przyszłym okresie		25. _____	
w tym kwota obniżenia nabyta przed 1 stycznia 1999 r. <sup>5</sup>		26. _____	
<b>D4. Złagodzenie obowiązku wpłat<sup>6</sup></b>		<i>Wypełnia pracodawca, wobec którego zastosowano złagodzenie obowiązku wpłat na PFRON</i>	
27. Podstawa złagodzenia obowiązku wpłat	Data wydania i znak decyzji	Kwota złagodzenia obowiązku	
<input type="checkbox"/> 1. Decyzja Prezesa Zarządu PFRON	28. _____	29. _____ <i>≤ poz. 24</i>	
<input type="checkbox"/> 2. Decyzja Ministra Pracy i Polityki Społecznej			
<input type="checkbox"/> 3. Inna			
<b>D5. Należna wpłata</b>			
Kwota należna do zapłaty <i>poz. 24 – poz. 29</i>		30. _____	

**E. Uwagi**

--

**Pouczenie:** W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. 30 lub wpłacenia jej w niepełnej wysokości niniejsza deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego, zgodnie z art. 26a ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz.U. z 1991 r. Nr 36, poz. 161, z 1992 r. Nr 20, poz. 78, z 1993 r. Nr 28, poz. 127, z 1995 r. Nr 85, poz. 426, z 1996 r. Nr 43, poz. 189 i Nr 146, poz. 680, z 1997 r. Nr 137, poz. 926 i Nr 141, poz. 943 i 944, z 1998 r. Nr 162, poz. 1126, z 2000 r. Nr 114, poz. 1193, Nr 120, poz. 1268 i Nr 122, poz. 1315 oraz z 2001 r. Nr 76, poz. 809).

**INFORMACJA UZUPEŁNIAJĄCA****F. Zatrudnienie osób niepełnosprawnych**

Zatrudnienie ogółem	31. _____	w tym osób niepełnosprawnych ogółem	32. _____	
w tym osób niepełnosprawnych w stopniu:				
znacznym		umiarkowanym		lekkim
ze szczególnymi schorzeniami <sup>2</sup>	pozostali	ze szczególnymi schorzeniami <sup>2</sup>	pozostali	
33. _____	34. _____	35. _____	36. _____	37. _____

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

38. Data wypełnienia deklaracji _____	39. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej
--	--

**G. Adnotacje**

DEK-I-a 2/2

<sup>5</sup> Na podstawie rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 30 września 1991 r. w sprawie szczegółowych zasad obniżania wpłat zakładów pracy na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz.U. Nr 88, poz. 401)

<sup>6</sup> Na podstawie art. 48 lub 67 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Ordynacja podatkowa (Dz.U. Nr 137, poz. 926 i Nr 160, poz. 1083, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, z 1999 r. Nr 11, poz. 95 i Nr 92, poz. 1062, z 2000 r. Nr 94, poz. 1037, Nr 116, poz. 1216, Nr 120, poz. 1268 i Nr 122, poz. 1315 oraz z 2001 r. Nr 16, poz. 166, Nr 39, poz. 459 i Nr 42, poz. 475).

## Wzór

**DEK – I – b** Deklaracja miesięcznych wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

<b>Podstawa prawna:</b>	Art. 49 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
<b>Składający:</b>	Pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 2b i 2g ustawy, zobowiązany do wpłat na Fundusz (PFRON).
<b>Termin składania:</b>	Do 20 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym zaistniały okoliczności powodujące powstanie obowiązku wpłat.
<b>Adresat:</b>	Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa, tel. (0 22) 620- 03-51.

<b>A. Dane ewidencyjne pracodawcy<sup>1</sup></b>				1. Numer w rejestrze PFRON _____	
2. REGON _____		9 pierwszych cyfr		3. NIP _____	
4. PKD _____					
5. Pełna nazwa pracodawcy _____					
6. Kod pocztowy _____		7. Miejscowość _____		8. Ulica _____	
				9. Nr domu _____	
				10. Nr lokalu _____	

<b>B. Informacje o deklaracji</b>			
11. Okres sprawozdawczy		12. Deklaracja:	
1. Miesiąc _____		2. Rok _____	
		<input type="checkbox"/> 1. Zwykła <input type="checkbox"/> 2. Korygująca	

<b>C. Zatrudnienie osób niepełnosprawnych w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy</b>					
<b>C.1. Pracownicy w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy</b>					
Zatrudnienie ogółem		13. _____		w tym etatów osób niepełnosprawnych ogółem	
		_____		14. _____	
w tym etatów osób niepełnosprawnych w stopniu:					
znacznym		umiarkowanym		lekkim	
ze szczególnymi schorzeniami <sup>2</sup>		ze szczególnymi schorzeniami <sup>2</sup>			
pozostali		pozostali			
15. _____	16. _____	17. _____	18. _____	19. _____	
<b>C.2. Uczniowie, słuchacze, wychowankowie</b>					
Ogółem		20. _____		w tym osób niepełnosprawnych ogółem	
		_____		21. _____	
w tym osób niepełnosprawnych w stopniu:					
znacznym		umiarkowanym		lekkim	
ze szczególnymi schorzeniami <sup>2</sup>		ze szczególnymi schorzeniami <sup>2</sup>			
pozostali		pozostali			
22. _____	23. _____	24. _____	25. _____	26. _____	
<b>C.3. Wskaźniki</b>					
Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych (3*poz. 15 + 2* poz. 17 + poz. 14) / poz. 13		Wskaźnik niepełnosprawnych uczniów, słuchaczy, wychowanków (3*poz. 22 + 2*poz. 24 + 2*poz. 21) / poz. 20		Liczba osób odpowiadająca różnicy między zatrudnieniem zapewniającym osiągnięcie wymaganego wskaźnika zatrudnienia a rzeczywistym zatrudnieniem osób niepełnosprawnych Poz. 13 * [Wu <sup>3</sup> - poz. 27 - poz. 28]	
27. _____		28. _____		29. _____	

DEK-I-b 1/2

<sup>1</sup> W przypadku składania deklaracji DEK-I-b po raz pierwszy oraz w przypadku zmian danych ewidencyjnych dołącza się również deklarację DEK-Z.<sup>2</sup> O których mowa w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 18 września 1998 r. w sprawie rodzajów schorzeń uzasadniających obniżenie wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych oraz sposobu jego obniżania (Dz.U. Nr 124, poz. 820 i Nr 127, poz. 843).<sup>3</sup> W<sub>0</sub>=0,01 w latach 2001-2004, W<sub>0</sub>=0,02 w roku 2005 i w latach kolejnych.

D. Rozliczenie wpłaty				
<b>D.1. Obliczenie kwoty należnej wpłaty</b>				
Przeciętne wynagrodzenie <sup>4</sup>	30.	_____		
Wpłata należna <sup>5</sup> <i>Jeżeli otrzymano wartość ujemną – należy wpisać zero 0,4065 * poz. 30 * poz. 29</i>	31.	_____		
<b>D.2. Obniżenie wpłaty na podstawie art. 22 ustawy Wypełnia pracodawca korzystający z obniżenia wpłat na PFRON</b>				
Kwota obniżenia wykorzystana w danym miesiącu <i>≤ poz. 31</i>	Kwota należności po obniżeniu wpłaty <i>poz. 31 – poz. 32</i>			
32. _____	33. _____			
<b>D.3. Pozostała kwota obniżenia wpłat</b>				
Kwota obniżenia do wykorzystania w przyszłym okresie:	34.	_____		
w tym kwota obniżenia nabyta przed 1 stycznia 1999 r. <sup>6</sup>	35.	_____		
<b>D.4. Złagodzenie obowiązku wpłat <sup>7</sup> Wypełnia pracodawca, wobec którego zastosowano złagodzenie obowiązku wpłat na PFRON</b>				
36. Podstawa złagodzenia obowiązku wpłat	Data wydania i znak decyzji	Kwota złagodzenia obowiązku		
<input type="checkbox"/> 1. Decyzja Prezesa Zarządu PFRON <input type="checkbox"/> 2. Decyzja Ministra Pracy i Polityki Społecznej <input type="checkbox"/> 3. Inna	37. _____	38. ≤ poz. 33 _____		
<b>D.5. Należna wpłata</b>				
Kwota należna do zapłaty <i>poz. 33 – poz. 38</i>	39.	_____		
<b>E. Uwagi</b>				
_____				
<b>Pouczenie:</b> W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. 39 lub wpłacenia jej w niepełnej wysokości niniejsza deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego, zgodnie z art. 26a ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz.U. z 1991 r. Nr 36, poz. 161, z 1992 r. Nr 20, poz. 78, z 1993 r. Nr 28, poz. 127, z 1995 r. Nr 85, poz. 426, z 1996 r. Nr 43, poz. 189 i Nr 146, poz. 680, z 1997 r. Nr 137, poz. 926 i Nr 141, poz. 943 i 944, z 1998 r. Nr 162, poz. 1126, z 2000 r. Nr 114, poz. 1193, Nr 120, poz. 1268 i Nr 122, poz. 1315 oraz z 2001 r. Nr 76, poz. 809).				
<b>INFORMACJA UZUPEŁNIAJĄCA</b>				
<b>F. Zatrudnienie osób niepełnosprawnych</b>				
Zatrudnienie ogółem	40. _____	w tym osób niepełnosprawnych ogółem		
		41. _____		
w tym osób niepełnosprawnych w stopniu:				
znacznym		umiarkowanym		lekким
ze szczególnymi schorzeniami <sup>2</sup>	pozostali	ze szczególnymi schorzeniami <sup>2</sup>	pozostali	
42. _____	43. _____	44. _____	45. _____	46. _____
<b>Oświadczam, że dane zawarte w deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.</b>				
47. Data wypełnienia deklaracji			48. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej	
_____			_____	

DEK-I-b 2/2

<sup>4</sup> Przeciętne miesięczne wynagrodzenie w gospodarce narodowej w poprzednim kwartale od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w formie komunikatu w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski", na podstawie art. 20 pkt 3 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych ( Dz.U. Nr 162, poz. 1118, z 1999 r. Nr 38, poz. 360, Nr 70, poz. 774, Nr 72, poz. 801 i 802 i Nr 106, poz. 1215, z 2000 r. Nr 2, poz. 26, Nr 9, poz. 118, Nr 19, poz. 238, Nr 56, poz. 678 i Nr 84, poz. 948 oraz z 2001 r. Nr 8, poz. 64 i Nr 27, poz. 298).

<sup>5</sup> Na podstawie art. 21 ust. 2b i 2g ustawy.

<sup>6</sup> Na podstawie rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 30 września 1991 r. w sprawie szczegółowych zasad obniżania wpłat zakładów pracy na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz.U. Nr 88, poz. 401).

<sup>7</sup> Na podstawie art. 48 lub 67 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Ordynacja podatkowa (Dz.U. Nr 137, poz. 926 i Nr 160, poz. 1083, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, z 1999 r. Nr 11, poz. 95 i Nr 92, poz. 1062, z 2000 r. Nr 94, poz. 1037, Nr 116, poz. 1216, Nr 120, poz. 1268 i Nr 122, poz. 1315 oraz z 2001 r. Nr 16, poz. 166, Nr 39, poz. 459 i Nr 42, poz. 475).



INFORMACJA UZUPEŁNIAJĄCA		22. Numer w rejestrze PFRON	23. Okres sprawozdawczy
<b>E. Zatrudnienie osób niepełnosprawnych</b>			
<b>E.1. Przeciętne zatrudnienie w osobach</b>			
Zatrudnienie ogółem	24. <input type="text"/>	w tym osób niepełnosprawnych ogółem	25. <input type="text"/>
w tym osób niepełnosprawnych w stopniu:			
<b>znacznym</b>	w tym: chorzy na epilepsję upośledzeni umysłowo psychicznie chorzy		niewidomi niedowidzący
26. <input type="text"/>	27. <input type="text"/>	28. <input type="text"/>	
<b>umiarkowanym</b>	w tym: chorzy na epilepsję upośledzeni umysłowo psychicznie chorzy		niewidomi niedowidzący
29. <input type="text"/>	30. <input type="text"/>	31. <input type="text"/>	
<b>lekkim</b>	w tym: chorzy na epilepsję upośledzeni umysłowo psychicznie chorzy		niewidomi niedowidzący
32. <input type="text"/>	33. <input type="text"/>	34. <input type="text"/>	
<b>E.2. Przeciętne zatrudnienie w miesiącu w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy</b>			
Zatrudnienie ogółem	35. <input type="text"/>	w tym etatów osób niepełnosprawnych ogółem	36. <input type="text"/>
w tym etatów osób niepełnosprawnych w stopniu:			
<b>znacznym</b>	w tym: chorzy na epilepsję upośledzeni umysłowo psychicznie chorzy		niewidomi niedowidzący
37. <input type="text"/>	38. <input type="text"/>	39. <input type="text"/>	
<b>umiarkowanym</b>	w tym: chorzy na epilepsję upośledzeni umysłowo psychicznie chorzy		niewidomi niedowidzący
40. <input type="text"/>	41. <input type="text"/>	42. <input type="text"/>	
<b>lekkim</b>	w tym: chorzy na epilepsję upośledzeni umysłowo psychicznie chorzy		niewidomi niedowidzący
43. <input type="text"/>	44. <input type="text"/>	45. <input type="text"/>	
Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych			46. <input type="text"/>
Oświadczam, że dane zawarte w deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.			
47. Data wypełnienia deklaracji		48. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<b>F. Adnotacje</b>			

## Wzór

## DEK-II-a

## Deklaracja wpłaty na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Podstawa prawna:	Art. 49 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
Składający:	Pracodawca, o którym mowa w art. 33 ust. 7 ustawy, zobowiązany do wpłaty na Fundusz (PFRON).
Termin składania:	Do 20 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym zaistniały okoliczności powodujące powstanie obowiązku wpłaty.
Adresat:	Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa, tel. (0 22) 620-03-51.

<b>A. Dane ewidencyjne pracodawcy</b>			1. Numer w rejestrze PFRON _____	
2. REGON _____	9 pierwszych cyfr	3. NIP _____	4. PKD _____	
5. Pełna nazwa pracodawcy _____				
6. Kod pocztowy ____-____	7. Miejscowość _____	8. Ulica _____	9. Nr domu _____	10. Nr lokalu _____

<b>B. Informacje o deklaracji</b>				
11. Okres sprawozdawczy		12. Deklaracja:		
1. Miesiąc ____	2. Rok _____	<input type="checkbox"/> 1. Zwykła <input type="checkbox"/> 2. Korygująca		

<b>C. Obowiązek wpłaty</b>	
Data utraty statusu zakładu pracy chronionej, postawienia w stan likwidacji, upadłości albo wykreślenia z rejestru przedsiębiorców	Wpłata należna <sup>1</sup>
13. ____-____-____	14. _____, ____

<b>D. Uwagi</b>
_____

Oświadczam, że dane zawarte w deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.	
15. Data wypełnienia deklaracji ____-____-____	16. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej

<b>E. Adnotacje</b>
---------------------

**Pouczenie:** W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. 14 lub wpłacenia jej w niepełnej wysokości niniejsza deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego, zgodnie z art. 26a ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz.U. z 1991 r. Nr 36, poz. 161, z 1992 r. Nr 20, poz. 78, z 1993 r. Nr 28, poz. 127, z 1995 r. Nr 85, poz. 426, z 1996 r. Nr 43, poz. 189 i Nr 146, poz. 680, z 1997 r. Nr 137, poz. 926 i Nr 141, poz. 943 i 944, z 1998 r. Nr 162, poz. 1126, z 2000 r. Nr 114, poz. 1193, Nr 120, poz. 1268 i Nr 122, poz. 1315 oraz z 2001 r. Nr 76 poz. 809).

DEK-II-a 1/1

<sup>1</sup> Na podstawie art. 33 ust. 7 ustawy — niewykorzystane środki zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych.

## Wzór

## DEK – W

## Deklaracja wpłaty na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

<b>Podstawa prawna:</b>	Art. 49 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
<b>Składający:</b>	Pracodawca, o którym mowa w art. 23, który nie wydzielił lub nie zorganizował stanowiska pracy wraz z podstawowym zapleczem socjalnym dla osoby zatrudnionej, która w wyniku wypadku przy pracy lub choroby zawodowej utraciła zdolność do pracy na dotychczasowym stanowisku, w terminie trzech miesięcy od daty zgłoszenia przez tę osobę gotowości przystąpienia do pracy.
<b>Termin składania:</b>	Do 20 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym zaistniały okoliczności powodujące powstanie obowiązku wpłaty.
<b>Adresat:</b>	Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa, tel. (0 22) 620-03-51.

<b>A. Dane ewidencyjne pracodawcy<sup>1</sup></b>			1. Numer w rejestrze PFRON _____	
2. REGON _____	9 pierwszych cyfr	3. NIP _____	4. PKD _____	
5. Pełna nazwa pracodawcy _____				
6. Kod pocztowy _____	7. Miejscowość _____	8. Ulica _____	9. Nr domu _____	10. Nr lokalu _____

<b>B. Informacje o deklaracji</b>				
11. Okres sprawozdawczy		12. Deklaracja:		
1. Miesiąc _____	2. Rok _____	<input type="checkbox"/> 1. Zwykła <input type="checkbox"/> 2. Korygująca		

<b>C. Powstanie obowiązku wpłaty</b>				
13. Przyczyna utraty zdolności do pracy na dotychczasowym stanowisku pracy				
<input type="checkbox"/> 1. Wypadek przy pracy <input type="checkbox"/> 2. Choroba zawodowa				
14. Data utraty zdolności do pracy na dotychczasowym stanowisku pracy _____	15. Data zgłoszenia gotowości przystąpienia do pracy _____	16. Data rozwiązania umowy o pracę _____		

<b>D. Rozliczenie wpłaty</b>				
17. Przeciętne wynagrodzenie <sup>2</sup> _____	18. Wpłata należna _____ 15 x poz. 17			

<b>E. Uwagi</b>				
_____				

Oświadczam, że dane zawarte w deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.				
19. Data wypełnienia deklaracji _____	20. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej _____			

<b>F. Adnotacje</b>				
---------------------	--	--	--	--

**Pouczenie:** W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. 18 lub wpłacenia jej w niepełnej wysokości, niniejsza deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego, zgodnie z art. 26a ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz.U. z 1991 r. Nr 36, poz. 161, z 1992 r. Nr 20, poz. 78, z 1993 r. Nr 28, poz. 127, z 1995 r. Nr 85, poz. 426, z 1996 r. Nr 43, poz. 189 i Nr 146, poz. 680, z 1997 r. Nr 137, poz. 926 i Nr 141, poz. 943 i 944, z 1998 r. Nr 162, poz. 1126, z 2000 r. Nr 114, poz. 1193, Nr 120, poz. 1268 i Nr 122, poz. 1315 oraz 2001 r. Nr 76, poz. 809).

DEK-W 1/1

<sup>1</sup> W przypadku składania deklaracji DEK-W po raz pierwszy oraz w przypadku zmian danych ewidencyjnych dołącza się również deklarację DEK-Z.

<sup>2</sup> Przeciętne miesięczne wynagrodzenie w gospodarce narodowej w poprzednim kwartale od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w formie komunikatu w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, na podstawie art. 20 pkt 3 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych ( Dz.U. Nr 162, poz. 1118, z 1999 r. Nr 38, poz. 360, Nr 70, poz. 774, Nr 72, poz. 801 i 802 i Nr 106, poz. 1215, z 2000 r. Nr 2, poz. 26, Nr 9, poz. 118, Nr 19, poz. 238, Nr 56, poz. 678 i Nr 84, poz. 948 oraz z 2001 r. Nr 8, poz. 64 i Nr 27, poz. 298).



INFORMACJA UZUPEŁNIAJĄCA <sup>3</sup>		113. Numer w rejestrze PFRON	114. Rok
E. Złagodzenie obowiązku wpłat <sup>4</sup>		_____	_____
Podstawa prawna złagodzenia obowiązku wpłat		Data wydania i znak decyzji/Data i publikator rozporządzenia	Kwota złagodzenia obowiązku wpłat
Odroczenie terminu płatności podatku na podstawie art. 48 § 1 pkt 1 Ordynacji podatkowej	115.	116.	117.
	<input type="checkbox"/> Decyzja Prezesa Zarządu PFRON <input type="checkbox"/> Decyzja Ministra Pracy i Polityki Społecznej	_____ _____ _____	_____, _____
Rozłożenie na raty zapłaty podatku lub zaległości podatkowej wraz z odsetkami za zwłokę na podstawie art. 48 § 1 pkt 2 i § 2 Ordynacji podatkowej	118.	119.	120.
	<input type="checkbox"/> Decyzja Prezesa Zarządu PFRON <input type="checkbox"/> Decyzja Ministra Pracy i Polityki Społecznej	_____ _____ _____	_____, _____
Odroczenie innych terminów na podstawie art. 48 § 1 pkt 3 Ordynacji podatkowej	121.	122.	123.
	<input type="checkbox"/> Decyzja Prezesa Zarządu PFRON <input type="checkbox"/> Decyzja Ministra Pracy i Polityki Społecznej	_____ _____ _____	_____, _____
Umorzenie w całości lub w części zaległości podatkowych lub odsetek za zwłokę na podstawie art. 67 Ordynacji podatkowej	124.	125.	126.
	<input type="checkbox"/> Decyzja Prezesa Zarządu PFRON <input type="checkbox"/> Decyzja Ministra Pracy i Polityki Społecznej	_____ _____ _____	_____, _____

## F. Uwagi

--

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

127. Data wypełnienia deklaracji

 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

128. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej

## G. Adnotacje

DEK-R 2/2

<sup>3</sup> Wypełnia pracodawca, wobec którego zastosowano złagodzenie obowiązku wpłat na PFRON.

<sup>4</sup> Na podstawie art. 48 lub 67 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Ordynacja podatkowa (Dz.U. Nr 137, poz. 926 i Nr 160, poz. 1083, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, z 1999 r. Nr 11, poz. 95 i Nr 92, poz. 1062, z 2000 r. Nr 94, poz. 1037, Nr 116, poz. 1216, Nr 120, poz. 1268 i Nr 122, poz. 1315 oraz z 2001 r. Nr 16, poz. 166, Nr 39, poz. 459 i Nr 42, poz. 475).

## Wzór

**DEK – Z** Deklaracja identyfikacyjna wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

<b>Podstawa prawna:</b>	Art. 49 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
<b>Składający:</b>	Pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 1, art. 21 ust. 2a i 2g, art. 21 ust. 2b i 2g, art. 23, art. 31 ust. 3 pkt 1 oraz art. 33 ust. 7.
<b>Termin składania:</b>	Do 20 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym zaistniały okoliczności powodujące powstanie obowiązku wpłat.
<b>Adresat:</b>	Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa, tel. (0-22) 620-03-51.

**A. Dane ewidencyjne pracodawcy**

<b>A.1. Nazwa i adres pracodawcy</b>		<b>1. Numer w rejestrze PFRON</b>	
<b>2. REGON<sup>1</sup></b>	<i>9 pierwszych cyfr</i>	<b>3. NIP<sup>1</sup></b>	<b>4. PKD</b>
<b>5. Pełna nazwa pracodawcy</b>			
<b>6. Województwo</b>		<b>7. Powiat</b>	
<b>8. Gmina</b>		<b>9. Miejscowość</b>	
<b>10. Kod pocztowy</b>	<b>11. Poczta</b>	<b>12. Ulica</b>	<b>13. Nr domu</b> <b>14. Nr lokalu</b>
<b>15. Telefon<sup>2</sup></b>	<b>16. Faks<sup>2</sup></b>	<b>17. e-mail</b>	
<b>A.2. Adres do korespondencji</b> <i>Wypełnia pracodawca mający inny adres korespondencyjny niż adres wykazany w bloku A.1.</i>			
<b>18. Kod pocztowy</b>	<b>19. Miejscowość</b>	<b>20. Ulica</b>	<b>21. Nr domu</b> <b>22. Nr lokalu</b>
<b>23. Telefon<sup>2</sup></b>	<b>24. Faks<sup>2</sup></b>	<b>25. e-mail</b>	

**B. Informacje o deklaracji**

<b>26. Deklaracja:</b>	<b>27. Załącznik do deklaracji:</b>
<input type="checkbox"/> 1. Zgłoszeniowa <input type="checkbox"/> 2. Aktualizacyjna	<input type="checkbox"/> 1. DEK-I-0 <input type="checkbox"/> 2. DEK-I-a <input type="checkbox"/> 3. DEK-I-b <input type="checkbox"/> 4. DEK-II <input type="checkbox"/> 5. DEK-W

**C. Powstanie obowiązku wpłat**

<b>28. Data powstania obowiązku</b>	<b>29. Podstawa prawna powstania obowiązku</b>

**D. Organ rejestrowy**

<b>30. Pełna nazwa organu rejestrowego<sup>3</sup></b>	
<b>31. Nazwa rejestru</b>	
<b>32. Data rejestracji</b>	<b>33. Numer w rejestrze</b>

<sup>1</sup> Należy załączyć kopię dokumentu nadania numeru.<sup>2</sup> Należy podać także numer kierunkowy.<sup>3</sup> Dotyczy także organów wydających koncesje, zezwolenia, pozwolenia.

E. Forma prawna działalności i forma własności <sup>4</sup>	
<b>34. Forma prawna działalności</b> <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? _____	<b>35. Forma własności</b> <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 prawna <input type="checkbox"/> 6. Osoba zagraniczna

F. Status zakładu pracy chronionej			
<i>Wypełnia pracodawca prowadzący zakład pracy chronionej</i>			
<b>36. Podstawa uzyskania lub utraty statusu</b> <input type="checkbox"/> 1. Decyzja Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych <input type="checkbox"/> 2. Decyzja wojewody		<b>37. Podstawa prawna wydania decyzji</b> <input type="checkbox"/> 1. Ustawa z dnia 9 maja 1991 r. o zatrudnieniu i rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych (Dz. U. 46, poz. 201 z późn. zm.) – decyzja wydana bezterminowo <input type="checkbox"/> 2. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123, poz. 776 z późn. zm.) – decyzja wydana na 3 lata	
<b>38. Rodzaj decyzji</b>	<b>39. Data wydania decyzji</b>	<b>40. Znak decyzji</b>	<b>41. Data uzyskania/ utraty statusu</b>
<input type="checkbox"/> 1. Przyznająca status <input type="checkbox"/> 2. Stwierdzająca utratę statusu	_____	_____	_____

G. Osoba odpowiedzialna za kontakty z PFRON			
42. Imię		43. Nazwisko	
44. Telefon <sup>2</sup>	45. Faks <sup>2</sup>	46. e-mail	

H. Konta bankowe pracodawcy, z których będą dokonywane wpłaty na PFRON	
47. Nazwa banku	48. Pełny numer konta bankowego
I	
II	

Oświadczam, że dane zawarte w deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.	
49. Data wypełnienia deklaracji	50. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej
_____	

I. Uwagi

<sup>4</sup> 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 i z 2001 r. Nr 12, poz. 99).