

968

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA GOSPODARKI, PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ¹⁾

z dnia 27 maja 2003 r.

w sprawie określenia wzorów informacji przedstawianych przez prowadzącego zakład pracy chronionej lub zakład aktywności zawodowej oraz sposobu ich przedstawiania

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, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Określa się wzór informacji półrocznej INF-W sporządzanej przez pracodawców prowadzących zakład pracy chronionej lub zakład aktywności zawodowej, dotyczącej spełniania warunków określonych odpowiednio w art. 28 lub art. 33 ust. 1 i 3 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. Informację półroczną, o której mowa w § 1, przesyła się do wojewody właściwego dla siedziby zakładu pracy chronionej lub zakładu aktywności zawodowej w terminach:

- 1) do dnia 20 lipca — za I półrocze;
- 2) do dnia 20 stycznia — za II półrocze roku sprawozdawczego.

§ 3. Określa się wzór informacji INF-WZ sporządzanej przez pracodawców prowadzących zakład pracy

¹⁾ Minister Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej kieruje działem administracji rządowej — zabezpieczenie społeczne, na podstawie § 1 ust. 2 pkt 5 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 7 stycznia 2003 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej (Dz. U. Nr 1, poz. 5).

²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1997 r. 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, z 2001 r. Nr 39, poz. 459, Nr 100, poz. 1080, Nr 125, poz. 1368, Nr 129, poz. 1444 i Nr 154, poz. 1792 i 1800, z 2002 r. Nr 169, poz. 1387, Nr 200, poz. 1679 i 1683 i Nr 241, poz. 2074 oraz z 2003 r. Nr 7, poz. 79 i Nr 90, poz. 844.

chronionej lub zakład aktywności zawodowej o zmianach dotyczących spełniania warunków i realizacji obowiązków, o których mowa w art. 28 i art. 33 ust. 1 i 3 ustawy, stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia.

§ 4. 1. Informacje, o których mowa w § 1 i 3, mogą być przedstawiane w formie pisemnej lub elektronicznej.

2. W przypadku przedstawiania informacji w formie elektronicznej struktura rekordu szczegółowego odpowiada strukturze informacji przedstawianej w formie pisemnej. Rekord informacji INF-W składa się z 219 pól. Rekord informacji INF-WZ składa się ze 135 pól.

3. Sporządzający informację jest obowiązany do niezwłocznego wyjaśnienia wszystkich stwierdzonych przez wojewodę nieprawidłowości i rozbieżności w informacjach.

4. Sporządzający informację w formie elektronicznej zachowuje kopie tej informacji na dowolnym nośniku elektronicznym lub w formie wydruku.

§ 5. Traci moc rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 19 lipca 2000 r. w sprawie wzorów informacji przedstawianych przez prowadzącego zakład pracy chronionej lub zakład aktywności zawodowej oraz sposobu ich przedstawiania (Dz. U. Nr 65, poz. 771).

§ 6. Rozporządzenie ma zastosowanie do informacji półrocznych, począwszy od informacji przedstawianych za pierwsze półrocze 2003 r.

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

Minister Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej:

J. Hausner

Załączniki do rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 maja 2003 r. (poz. 968)

Załącznik nr 1

WZÓR

INF - W Informacja półroczna dotycząca spełniania przez pracodawców prowadzących zakłady pracy chronionej albo zakłady aktywności zawodowej warunków określonych w art. 28 i art. 33 ust. 1 i 3 ustawy

| | |
|-------------------|---|
| Podstawa prawna: | Art. 30 ust. 4 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. |
| Składający: | Pracodawca prowadzący zakład pracy chronionej lub zakład aktywności zawodowej. |
| Termin składania: | Do dnia 20 lipca za pierwsze półrocze oraz do dnia 20 stycznia za drugie półrocze. |
| Adresat: | Wojewoda właściwy ze względu na siedzibę pracodawcy. |

| | | | | |
|--|-------------------|---|-------------|---------------|
| A. Dane ewidencyjne pracodawcy | | 1. Typ zakładu prowadzonego przez pracodawcę ¹ | | |
| 2. Znak aktualnej decyzji o przyznaniu statusu zakładu pracy chronionej lub zakładu aktywności zawodowej | | <input type="checkbox"/> 1. Zakład pracy chronionej <input type="checkbox"/> 2. Zakład aktywności zawodowej | | |
| 3. REGON | 9 pierwszych cyfr | 4. NIP | 5. PKD | |
| 6. Pełna nazwa pracodawcy | | | | |
| 7. Kod pocztowy | 8. Miejscowość | 9. Ulica | 10. Nr domu | 11. Nr lokalu |

| | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|--------|--|--|
| B. Dane o informacji | | | 13. Informacja: | |
| 12. Okres sprawozdawczy | | | <input type="checkbox"/> 1. Zwyczajna <input type="checkbox"/> 2. Korygująca | |
| 1. I Półrocze | 2. II Półrocze | 3. Rok | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

C. Informacja o wywiązywaniu się przez pracodawcę z obowiązków, o których mowa w art. 28 i 33 ust. 1 i 3 ustawy

| Pracodawca: | W pierwszym półroczu | <input type="checkbox"/> | styczeń | luty | marzec | kwiecień | maj | czerwiec |
|--|----------------------|--------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| | W drugim półroczu | <input type="checkbox"/> | lipiec | sierpień | wrzesień | październik | listopad | grudzień |
| 1. spełnił warunki dotyczące struktury zatrudnienia ² | | | 14. <input type="checkbox"/> | 15. <input type="checkbox"/> | 16. <input type="checkbox"/> | 17. <input type="checkbox"/> | 18. <input type="checkbox"/> | 19. <input type="checkbox"/> |
| 2. zapewnił, aby obiekty i pomieszczenia użytkowane przez zakład pracy odpowiadały przepisom i zasadom bezpieczeństwa i higieny pracy | | | 20. <input type="checkbox"/> | 21. <input type="checkbox"/> | 22. <input type="checkbox"/> | 23. <input type="checkbox"/> | 24. <input type="checkbox"/> | 25. <input type="checkbox"/> |
| 3. zapewnił, aby obiekty i pomieszczenia użytkowane przez zakład pracy uwzględniały potrzeby osób niepełnosprawnych w zakresie przystosowania stanowisk pracy, pomieszczeń higieniczno-sanitarnych i ciągów komunikacyjnych oraz spełniały wymagania dostępności do nich | | | 26. <input type="checkbox"/> | 27. <input type="checkbox"/> | 28. <input type="checkbox"/> | 29. <input type="checkbox"/> | 30. <input type="checkbox"/> | 31. <input type="checkbox"/> |
| 4. zapewnił doraźną i specjalistyczną opiekę medyczną, poradnictwo i usługi rehabilitacyjne | | | 32. <input type="checkbox"/> | 33. <input type="checkbox"/> | 34. <input type="checkbox"/> | 35. <input type="checkbox"/> | 36. <input type="checkbox"/> | 37. <input type="checkbox"/> |
| 5. utworzył zakładowy fundusz rehabilitacji osób niepełnosprawnych | | | 38. <input type="checkbox"/> | 39. <input type="checkbox"/> | 40. <input type="checkbox"/> | 41. <input type="checkbox"/> | 42. <input type="checkbox"/> | 43. <input type="checkbox"/> |
| 6. prowadził rachunek bankowy środków funduszu rehabilitacji | | | 44. <input type="checkbox"/> | 45. <input type="checkbox"/> | 46. <input type="checkbox"/> | 47. <input type="checkbox"/> | 48. <input type="checkbox"/> | 49. <input type="checkbox"/> |
| 7. prowadził ewidencję środków funduszu rehabilitacji | | | 50. <input type="checkbox"/> | 51. <input type="checkbox"/> | 52. <input type="checkbox"/> | 53. <input type="checkbox"/> | 54. <input type="checkbox"/> | 55. <input type="checkbox"/> |
| 8. przekazał środki funduszu rehabilitacji na rachunek bankowy środków funduszu, do 20. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym te środki uzyskał | | | 56. <input type="checkbox"/> | 57. <input type="checkbox"/> | 58. <input type="checkbox"/> | 59. <input type="checkbox"/> | 60. <input type="checkbox"/> | 61. <input type="checkbox"/> |
| 9. przeznaczył co najmniej 15% środków funduszu rehabilitacji na indywidualne programy rehabilitacji | | | 62. <input type="checkbox"/> | 63. <input type="checkbox"/> | 64. <input type="checkbox"/> | 65. <input type="checkbox"/> | 66. <input type="checkbox"/> | 67. <input type="checkbox"/> |
| 10. przeznaczył co najmniej 10% środków funduszu rehabilitacji na pomoc indywidualną dla niepełnosprawnych pracowników i byłych niepracujących niepełnosprawnych pracowników tego zakładu | | | 68. <input type="checkbox"/> | 69. <input type="checkbox"/> | 70. <input type="checkbox"/> | 71. <input type="checkbox"/> | 72. <input type="checkbox"/> | 73. <input type="checkbox"/> |

¹ W częściach A, B, C, D.1. i D.2. należy w odpowiednich polach wstawić znak X.

² Przeciętne zatrudnienie w miesiącu ustala się 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, świętami 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.

D. Informacja o zatrudnieniu**D.1. Zatrudnienie osób niepełnosprawnych w osobach**

| | W pierwszym półroczu | styczeń | | luty | | marzec | | kwiecień | | maj | | czerwiec | |
|--|--------------------------|---------|----------|----------|-------------|----------|----------|----------|--|-----|--|----------|--|
| | W drugim półroczu | lipiec | sierpień | wrzesień | październik | listopad | grudzień | | | | | | |
| Zatrudnienie ogółem | <input type="checkbox"/> | 74. | 75. | 76. | 77. | 78. | 79. | | | | | | |
| w tym osób niepełnosprawnych ogółem | <input type="checkbox"/> | 80. | 81. | 82. | 83. | 84. | 85. | | | | | | |
| w tym osób niepełnosprawnych w stopniu: | | | | | | | | | | | | | |
| znacznym | | 86. | 87. | 88. | 89. | 90. | 91. | | | | | | |
| w tym: psychicznie chorzy, upośledzeni umysłowo niewidomi⁴ | | 92. | 93. | 94. | 95. | 96. | 97. | | | | | | |
| | | 98. | 99. | 100. | 101. | 102. | 103. | | | | | | |
| umiarkowanym | | 104. | 105. | 106. | 107. | 108. | 109. | | | | | | |
| w tym: psychicznie chorzy, upośledzeni umysłowo niewidomi⁴ | | 110. | 111. | 112. | 113. | 114. | 115. | | | | | | |
| | | 116. | 117. | 118. | 119. | 120. | 121. | | | | | | |
| lekkim | | 122. | 123. | 124. | 125. | 126. | 127. | | | | | | |
| w tym: psychicznie chorzy, upośledzeni umysłowo | | 128. | 129. | 130. | 131. | 132. | 133. | | | | | | |

D.2. Zatrudnienie osób niepełnosprawnych w etatach oraz wskaźniki zatrudnienia³

| | W pierwszym półroczu | styczeń | | luty | | marzec | | kwiecień | | maj | | czerwiec | |
|--|--------------------------|---------|----------|----------|-------------|----------|----------|----------|--|-----|--|----------|--|
| | W drugim półroczu | lipiec | sierpień | wrzesień | październik | listopad | grudzień | | | | | | |
| Zatrudnienie ogółem | <input type="checkbox"/> | 134. | 135. | 136. | 137. | 138. | 139. | | | | | | |
| w tym osób niepełnosprawnych ogółem | <input type="checkbox"/> | 140. | 141. | 142. | 143. | 144. | 145. | | | | | | |
| w tym osób niepełnosprawnych w stopniu: | | | | | | | | | | | | | |
| znacznym | | 146. | 147. | 148. | 149. | 150. | 151. | | | | | | |
| w tym: psychicznie chorzy, upośledzeni umysłowo niewidomi⁴ | | 152. | 153. | 154. | 155. | 156. | 157. | | | | | | |
| | | 158. | 159. | 160. | 161. | 162. | 163. | | | | | | |
| umiarkowanym | | 164. | 165. | 166. | 167. | 168. | 169. | | | | | | |
| w tym: psychicznie chorzy, upośledzeni umysłowo niewidomi⁴ | | 170. | 171. | 172. | 173. | 174. | 175. | | | | | | |
| | | 176. | 177. | 178. | 179. | 180. | 181. | | | | | | |
| lekkim | | 182. | 183. | 184. | 185. | 186. | 187. | | | | | | |
| w tym: psychicznie chorzy, upośledzeni umysłowo | | 188. | 189. | 190. | 191. | 192. | 193. | | | | | | |
| Wskaźnik (1) | | 194. | 195. | 196. | 197. | 198. | 199. | | | | | | |
| Wskaźnik (2) | | 200. | 201. | 202. | 203. | 204. | 205. | | | | | | |
| Wskaźnik (3) | | 206. | 207. | 208. | 209. | 210. | 211. | | | | | | |
| Wskaźnik (4) | | 212. | 213. | 214. | 215. | 216. | 217. | | | | | | |

E. Uwagi

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

218. Data wypełnienia informacji

219. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej

³ Wskaźnik (1) stanowi iloraz etatów osób niepełnosprawnych oraz liczby etatów zatrudnienia ogółem. Wskaźnik (2) stanowi iloraz sumy liczby etatów zatrudnionych osób niepełnosprawnych o znacznym i umiarkowanym stopniu niepełnosprawności oraz liczby etatów zatrudnionych ogółem. Wskaźnik (3) stanowi iloraz liczby etatów osób niewidomych lub psychicznie chorych albo upośledzonych umysłowo zaliczonych do znacznego albo umiarkowanego stopnia niepełnosprawności oraz liczby etatów zatrudnionych ogółem. Wskaźnik (4) stanowi iloraz etatów osób zaliczonych do znacznego stopnia niepełnosprawności oraz liczby etatów zatrudnionych ogółem.

⁴ Do osób niewidomych zalicza się osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, u których stwierdzono wrodzone lub nabyte wady wzroku powodujące ograniczenie jego sprawności, prowadzące do obniżenia ostrości wzroku w oku lepszym do 5/25 lub 0,2 według Snellena po wyrównaniu wady wzroku szklami korekcyjnymi lub ograniczenia pola widzenia do przestrzeni zawartej w granicach 30 stopni.

WZÓR

INF - WZ

Informacja o zmianach dotyczących spełniania przez pracodawców prowadzących zakłady pracy chronionej albo zakłady aktywności zawodowej warunków określonych w art. 28 i art. 33 ust. 1 i 3 ustawy

| | |
|-------------------|---|
| Podstawa prawna: | Art. 30 ust. 4 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. |
| Składający: | Pracodawca prowadzący zakład pracy chronionej lub zakład aktywności zawodowej. |
| Termin składania: | 14 dni od dnia zaistnienia zmian dotyczących spełniania przez pracodawców prowadzących zakłady pracy chronionej albo zakłady aktywności zawodowej warunków określonych w art. 28 i art. 33 ust. 1 i 3 ustawy. |
| Adresat: | Wojewoda właściwy ze względu na siedzibę pracodawcy. |

A. Dane ewidencyjne pracodawcy

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

B. Status zakładu pracy chronionej lub zakładu aktywności zawodowej³

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| 25. Typ zakładu prowadzonego przez pracodawcę | | <input type="checkbox"/> 1. Zakład pracy chronionej <input type="checkbox"/> 2. Zakład aktywności zawodowej | | |
| 26. Podstawa uzyskania lub utraty statusu | 27. Rodzaj decyzji | 28. Data wydania decyzji | | |
| <input type="checkbox"/> 1. Decyzja Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych | <input type="checkbox"/> 1. Przyznająca status | 29. Znak decyzji | | |
| <input type="checkbox"/> 2. Decyzja wojewody | <input type="checkbox"/> 2. Stwierdzająca utratę statusu | 30. Data uzyskania/utraty statusu | | |

C. Forma prawna działalności i forma własności⁴

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| 31. Forma prawna działalności | 32. Forma własności |
| | |

INF-WZ 1/2

¹ Należy załączyć kopię dokumentu nadania numeru.

² Należy podać także numer kierunkowy.

³ W częściach B, C i D należy w odpowiednich polach wstawić znak X.

⁴ 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 oraz z 2001 r. Nr 12, poz. 99).

D. Zmiany w zakresie wywiązywania się przez pracodawcę z obowiązków, o których mowa w art. 28 i art. 33 ust. 1 i 3 ustawy, w poszczególnych miesiącach okresu sprawozdawczego

| Zmiana dotyczy: | W pierwszym półroczu | <input type="checkbox"/> | styczeń | luty | marzec | kwiecień | maj | czerwiec |
|--|----------------------|--------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| | W drugim półroczu | <input type="checkbox"/> | lipiec | sierpień | wrzesień | październik | listopad | grudzień |
| 1. nazwy pracodawcy | | | 33. <input type="checkbox"/> | 34. <input type="checkbox"/> | 35. <input type="checkbox"/> | 36. <input type="checkbox"/> | 37. <input type="checkbox"/> | 38. <input type="checkbox"/> |
| 2. adresu siedziby pracodawcy | | | 39. <input type="checkbox"/> | 40. <input type="checkbox"/> | 41. <input type="checkbox"/> | 42. <input type="checkbox"/> | 43. <input type="checkbox"/> | 44. <input type="checkbox"/> |
| 3. ciągłości prowadzenia działalności gospodarczej | | | 45. <input type="checkbox"/> | 46. <input type="checkbox"/> | 47. <input type="checkbox"/> | 48. <input type="checkbox"/> | 49. <input type="checkbox"/> | 50. <input type="checkbox"/> |
| 4. miejsc prowadzenia działalności | | | 51. <input type="checkbox"/> | 52. <input type="checkbox"/> | 53. <input type="checkbox"/> | 54. <input type="checkbox"/> | 55. <input type="checkbox"/> | 56. <input type="checkbox"/> |
| 5. formy prawnej działalności | | | 57. <input type="checkbox"/> | 58. <input type="checkbox"/> | 59. <input type="checkbox"/> | 60. <input type="checkbox"/> | 61. <input type="checkbox"/> | 62. <input type="checkbox"/> |
| 6. stanu zatrudnienia ogółem | | | 63. <input type="checkbox"/> | 64. <input type="checkbox"/> | 65. <input type="checkbox"/> | 66. <input type="checkbox"/> | 67. <input type="checkbox"/> | 68. <input type="checkbox"/> |
| 7. wskaźników zatrudnienia osób niepełnosprawnych | | | 69. <input type="checkbox"/> | 70. <input type="checkbox"/> | 71. <input type="checkbox"/> | 72. <input type="checkbox"/> | 73. <input type="checkbox"/> | 74. <input type="checkbox"/> |
| 8. utrzymania zatrudnienia pracowników przejętego zakładu pracy chronionej w okresie roku od dnia wydania decyzji, o której mowa w art. 30 ust. 2a ustawy | | | 75. <input type="checkbox"/> | 76. <input type="checkbox"/> | 77. <input type="checkbox"/> | 78. <input type="checkbox"/> | 79. <input type="checkbox"/> | 80. <input type="checkbox"/> |
| 9. zapewnienia, aby obiekty i pomieszczenia użytkowane przez zakład pracy odpowiadały przepisom i zasadom bezpieczeństwa i higieny pracy | | | 81. <input type="checkbox"/> | 82. <input type="checkbox"/> | 83. <input type="checkbox"/> | 84. <input type="checkbox"/> | 85. <input type="checkbox"/> | 86. <input type="checkbox"/> |
| 10. zapewnienia, aby obiekty i pomieszczenia użytkowane przez zakład pracy uwzględniały potrzeby osób niepełnosprawnych w zakresie przystosowania stanowisk pracy, pomieszczeń higieniczno-sanitarnych i ciągów komunikacyjnych oraz spełniały wymagania dostępności do nich | | | 87. <input type="checkbox"/> | 88. <input type="checkbox"/> | 89. <input type="checkbox"/> | 90. <input type="checkbox"/> | 91. <input type="checkbox"/> | 92. <input type="checkbox"/> |
| 11. zapewnienia doraźnej i specjalistycznej opieki medycznej, poradnictwa i usług rehabilitacyjnych | | | 93. <input type="checkbox"/> | 94. <input type="checkbox"/> | 95. <input type="checkbox"/> | 96. <input type="checkbox"/> | 97. <input type="checkbox"/> | 98. <input type="checkbox"/> |
| 12. utworzenia zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych | | | 99. <input type="checkbox"/> | 100. <input type="checkbox"/> | 101. <input type="checkbox"/> | 102. <input type="checkbox"/> | 103. <input type="checkbox"/> | 104. <input type="checkbox"/> |
| 13. prowadzenia rachunku bankowego środków funduszu rehabilitacji | | | 105. <input type="checkbox"/> | 106. <input type="checkbox"/> | 107. <input type="checkbox"/> | 108. <input type="checkbox"/> | 109. <input type="checkbox"/> | 110. <input type="checkbox"/> |
| 14. przekazywania środków funduszu rehabilitacji na rachunek bankowy środków funduszu, do 20. dnia miesiąca następującego po miesiącu ich uzyskania | | | 111. <input type="checkbox"/> | 112. <input type="checkbox"/> | 113. <input type="checkbox"/> | 114. <input type="checkbox"/> | 115. <input type="checkbox"/> | 116. <input type="checkbox"/> |
| 15. prowadzenia ewidencji środków funduszu rehabilitacji | | | 117. <input type="checkbox"/> | 118. <input type="checkbox"/> | 119. <input type="checkbox"/> | 120. <input type="checkbox"/> | 121. <input type="checkbox"/> | 122. <input type="checkbox"/> |
| 16. przeznaczania co najmniej 15% środków funduszu rehabilitacji na indywidualne programy rehabilitacji | | | 123. <input type="checkbox"/> | 124. <input type="checkbox"/> | 125. <input type="checkbox"/> | 126. <input type="checkbox"/> | 127. <input type="checkbox"/> | 128. <input type="checkbox"/> |
| 17. przeznaczania co najmniej 10% środków funduszu rehabilitacji na pomoc indywidualną dla niepełnosprawnych pracowników i byłych niepracujących niepełnosprawnych pracowników tego zakładu | | | 129. <input type="checkbox"/> | 130. <input type="checkbox"/> | 131. <input type="checkbox"/> | 132. <input type="checkbox"/> | 133. <input type="checkbox"/> | 134. <input type="checkbox"/> |

E. Uwagi – opis zmian⁵

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

135. Data wypełnienia informacji

136. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej

INF-WZ 2/2

⁵ Należy opisać zmiany, wskazując w szczególności ich zakres i datę wystąpienia lub okres trwania. W przypadku zmian wymienionych w pkt 6-8 zgłoszeniu podlegają wyłącznie zmiany powodujące zaprzestanie spełniania warunków, o których mowa odpowiednio w art. 28 ust. 1 pkt 1 lub w art. 30 ust. 2a ustawy.