

KRZYŻEM OFICERSKIM
ORDERU ODRODZENIA POLSKI

16. Broda Jan s. Karola, 17. Jerschina Jerzy s. Ryszarda,

KRZYŻEM KAWALERSKIM
ORDERU ODRODZENIA POLSKI

18. Bukowski Bolesław s. Jana, 19. Matwiejczuk Mirosława c. Antoniego, 20. Schmidt-Szałowska Izabela c. Tadeusza,

za wybitne zasługi w działalności na rzecz służb finansowo-skarbowych państwa:

KRZYŻEM KOMANDORSKIM
ORDERU ODRODZENIA POLSKI

21. Sokalszczuk Zbigniew s. Mikołaja,

KRZYŻEM OFICERSKIM
ORDERU ODRODZENIA POLSKI

22. Kowalczyk Klemens s. Franciszka, 23. Pietrzak Józef s. Franciszka, 24. Szewczak Dorota c. Stanisława,

KRZYŻEM KAWALERSKIM
ORDERU ODRODZENIA POLSKI

25. Bartkowska Renata c. Franciszka, 26. Bęćawska Maria c. Józefa, 27. Kosowski Marek s. Franciszka, 28. Kulczycka Marcelina c. Józefa, 29. Michalak Ryszard s. Józefa, 30. Świątkowska Teresa c. Bernarda, 31. Świśtak Wiesław s. Bolesława, 32. Zdziechowicz Tomasz s. Brunona,

za wybitne zasługi w walce o niepodległość Rzeczypospolitej Polskiej oraz działalność społeczną na rzecz organizacji kombatanckiej

KRZYŻEM OFICERSKIM
ORDERU ODRODZENIA POLSKI

33. Hubl Stanisław s. Ludwika, 34. Łukaszewicz Henryk s. Edwarda, 35. Przedpełski Marian s. Bronisława, 36. Świniarski Marian s. Jana,

za wybitne zasługi w pracy dydaktyczno-wychowawczej

KRZYŻEM OFICERSKIM
ORDERU ODRODZENIA POLSKI

37. Suchorzewski Leszek s. Leona,

za wybitne zasługi dla rozwoju nauk farmaceutycznych

KRZYŻEM OFICERSKIM
ORDERU ODRODZENIA POLSKI

38. Wieniawski Witold s. Jerzego,

za wybitne osiągnięcia w pracy naukowej oraz zasługi dla rozwoju gospodarki narodowej:

KRZYŻEM OFICERSKIM
ORDERU ODRODZENIA POLSKI

39. Korbel Kazimierz s. Ludwika, 40. Mikielewicz Jarosław s. Jana,

KRZYŻEM KAWALERSKIM
ORDERU ODRODZENIA POLSKI

41. Gardzilewicz Andrzej s. Piotra, 42. Kiciński Jan s. Feliksa, 43. Nizioł Stanisław s. Piotra.

Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej: *A. Kwaśniewski*

186

ZARZĄDZENIE MINISTRA PRACY I POLITYKI SOCJALNEJ

z dnia 27 marca 1998 r.

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

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

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

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

Osób Niepełnosprawnych do dnia 20 miesiąca następującego po okresie sprawozdawczym.

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

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

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

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

Załącznik nr 1

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

.....
(pieczęć zakładu)

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

I. Dane ewidencyjne:

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

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

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

.....
(data i podpis)

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

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

.....
(data i podpis)

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

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

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

.....
(data i podpis)

Objaśnienia

Przeciętne zatrudnienie w miesiącu ustala się zgodnie z zarządzeniem Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 28 grudnia 1993 r. (znak: PD-1-10-8/93) w sprawie zasad metodycznych statystyki zatrudnienia, wynagrodzeń i warunków pracy (Dz. Urz. GUS Nr 23, poz. 130) przy zastosowaniu metody arytmetycznej, dodając stany zatrudnienia (pełnozatrudnionych w osobach fizycznych oraz niepełnozatrudnionych po przeliczeniu na pełne etaty) w poszczególnych dniach pracy w danym miesiącu, łącznie z przypadającymi w tym czasie niedzielami, 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.

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

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

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

.....
(pieczęć zakładu)

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

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

Zmiany w okresie sprawozdawczym²:

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

¹ Niepotrzebne skreślić.

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