



DZIENNIK USTAW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 28 września 2018 r.

Poz. 1857

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA RODZINY, PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ¹⁾

z dnia 27 września 2018 r.

w sprawie określenia wzorów miesięcznych i rocznych informacji o zatrudnieniu, kształceniu 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. z 2018 r. poz. 511, 1000 i 1076) zarządza się, co następuje:

§ 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:

- 1) wzór informacji miesięcznej o zatrudnieniu, kształceniu lub o działalności na rzecz osób niepełnosprawnych, o symbolu INF-1, stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia;
- 2) wzór informacji miesięcznej o zatrudnieniu, kształceniu lub o działalności na rzecz osób niepełnosprawnych – informacji ewidencyjnej, o symbolu INF-Z, stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia;
- 3) wzór informacji rocznej o zatrudnieniu, kształceniu lub o działalności na rzecz osób niepełnosprawnych, o symbolu INF-2, stanowiący załącznik nr 3 do rozporządzenia.

§ 2. 1. Informacje miesięczne, o których mowa w § 1 pkt 1 i 2, za okresy sprawozdawcze do września 2018 r. włącznie oraz informacje roczne, o których mowa w § 1 pkt 3, za okresy sprawozdawcze do 2017 r. włącznie składa się według wzorów określonych w przepisach dotychczasowych.

2. Informacje miesięczne, o których mowa w § 1 pkt 1 i 2, za okresy sprawozdawcze, począwszy od października 2018 r., oraz informacje roczne, o których mowa w § 1 pkt 3, za okresy sprawozdawcze, począwszy od 2018 r., składa się według wzorów określonych w § 1.

3. Zmian w informacjach, o których mowa w ust. 1 i 2, dokonuje się, składając informacje według wzorów określonych w § 1.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 października 2018 r.²⁾

Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej: *E. Rafalska*

¹⁾ Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej kieruje działem administracji rządowej – zabezpieczenie społeczne, na podstawie § 1 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 13 grudnia 2017 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (Dz. U. poz. 2329).

²⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 26 października 2017 r. w sprawie określenia wzorów miesięcznych i rocznych informacji o zatrudnieniu, kształceniu lub o działalności na rzecz osób niepełnosprawnych (Dz. U. poz. 2103), które traci moc z dniem 1 października 2018 r. w związku z wejściem w życie art. 1 pkt 8 lit. a ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1076).

Załączniki do rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 września 2018 r. (poz. 1857)

Załącznik nr 1

WZÓR

INF-1

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

Podstawa prawna:	Art. 21 ust. 2f ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”.
Składający:	Pracodawca zwolniony z wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) na podstawie art. 21 ust. 2, 2a, 2b lub 2e ustawy.
Termin składania:	Do 20. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym zaistniały okoliczności powodujące zwolnienie z wpłat.
Adresat:	Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.

A. Dane ewidencyjne pracodawcy¹						1. Numer w rejestrze PFRON² _____	
2. NIP³ _____		3. REGON³ _____		4. Pracodawca⁴ _____			
5. Ulica _____			6. Nr domu _____		7. Nr lokalu _____		8. Miejscowość _____
9. Kod pocztowy _____		10. Poczta _____		11. Telefon⁵ _____		12. Faks⁵ _____	13. E-mail⁶ _____
B. Dane o informacji i prawnej podstawie zwolnienia z wpłat				14. Okres sprawozdawczy		15. Informacja⁷	
				1. Miesiąc _____ 2. Rok _____		☐ 1. Zwykła ☐ 2. Korygująca	
				16. Podstawa prawna zwolnienia z wpłat⁷ ☐ 1. art. 21 ust. 2 ustawy ☐ 3. art. 21 ust. 2b ustawy ☐ 2. art. 21 ust. 2a ustawy ☐ 4. art. 21 ust. 2e ustawy			

C. Dane o zatrudnieniu i kształceniu⁸											
C.1. Pracownicy⁹											
Zatrudnienie ogółem		E	17. _____				w tym osób niepełnosprawnych ogółem ¹⁰		E	18. _____	
		O	19. _____						O	20. _____	
w tym osób niepełnosprawnych w stopniu:											
		znacznym		umiarkowanym						bez ustalonego stopnia niepełnosprawności ¹²	
		ze szczególnymi schorzeniami ¹¹		pozostali		ze szczególnymi schorzeniami ¹¹		pozostali		lekkim	
E	21. _____	22. _____	23. _____	24. _____	25. _____	26. _____					
O	27. _____	28. _____	29. _____	30. _____	31. _____	32. _____					
C.2. Dzieci, wychowankowie, uczniowie, studenci, słuchacze											
Ogółem ¹³		33. _____				w tym osób niepełnosprawnych ogółem ¹⁴		34. _____			
		35. _____						36. _____			
w tym osób niepełnosprawnych w stopniu:											
		znacznym		umiarkowanym						bez ustalonego stopnia niepełnosprawności ¹²	
		ze szczególnymi schorzeniami ¹¹		pozostali		ze szczególnymi schorzeniami ¹¹		pozostali		lekkim	
	35. _____	36. _____	37. _____	38. _____	39. _____	40. _____					
C.3. Dane o zatrudnieniu grup osób niepełnosprawnych w stopniach:											
wykonawcy pracy nakładczej, o których mowa w art. 28 ust. 3 ustawy ¹⁵		E	41. _____		42. _____		43. _____		44. _____		
		O	45. _____		46. _____		47. _____		48. _____		
osoby, o których mowa w art. 28 ust. 1 pkt 1 lit. b ustawy ¹⁶		E	49. _____		50. _____		51. _____		52. _____		
		O	53. _____		54. _____		55. _____		56. _____		
osoby, o których mowa w art. 22 ust. 1 ustawy ¹⁷		E	57. _____		58. _____						
		O	59. _____		60. _____						

D. Działania na rzecz osób niepełnosprawnych¹⁸			E. Uwagi		Oświadczam, że są mi znane przepisy dotyczące wpłat na PFRON. Dane zawarte w informacji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. 67. Data wypełnienia informacji ¹⁹ _____ 68. Podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej _____	
61. _____	62. _____	63. _____				
64. _____	65. _____	66. _____				

Objaśnienia do formularza INF-1

¹ W przypadku składania informacji INF-1 po raz pierwszy oraz w przypadku zmian danych ewidencyjnych dołącza się informację INF-Z.

² Wpisać numer, jeżeli został nadany pracodawcy przed dniem złożenia informacji.

³ Wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa. W przypadku posiadania 9-cyfrowego numeru REGON w poz. 3 należy po dziewiętej cyfrze wpisać pięć zer.

⁴ Należy wpisać pełną nazwę albo firmę, albo imię i nazwisko pracodawcy. Poz. 4 należy wypełniać jednolicie w składanych informacjach, o których mowa w art. 21 ust. 2f ustawy, i deklaracjach, o których mowa w art. 49 ust. 2 ustawy.

⁵ W poz. 11 należy podać dziewięciocyfrowy numer telefonu (w przypadku korzystania z telefonu). W poz. 12 należy podać dziewięciocyfrowy numer faksu (w przypadku korzystania z faksu).

⁶ Należy wypełnić w przypadku korzystania z poczty elektronicznej.

⁷ Należy w odpowiednim polu wstawić znak „X”.

⁸ Dane wskazywane w bloku C zaokrągla się do drugiej cyfry po przecinku w dół – jeżeli trzecia cyfra po przecinku jest mniejsza niż 5, w górę – jeżeli trzecia cyfra po przecinku należy do przedziału od 5 do 9. W bloku C.1. i C.3. należy podać przeciętne miesięczne stany zatrudnienia w etatach (w wierszach oznaczonych symbolem E) oraz w osobach (w wierszach oznaczonych symbolem O). W bloku C.2. należy podać przeciętne miesięczne stany dzieci, wychowanków, uczniów, studentów i słuchaczy w osobach.

⁹ Należy wykazać przeciętne miesięczne stany zatrudnienia, ustalone odpowiednio na podstawie art. 2a i art. 21 ust. 1 i 5 ustawy.

¹⁰ Należy wykazać rzeczywisty stan pracowników. Poz. 18 = poz. 21 + poz. 22 + poz. 23 + poz. 24 + poz. 25 + poz. 26. Poz. 20 = poz. 27 + poz. 28 + poz. 29 + poz. 30 + poz. 31 + poz. 32.

¹¹ 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. poz. 820, z późn. zm.).

¹² Osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności (osoby, które nie ukończyły 16. roku życia) lub osoby, których niepełnosprawność została potwierdzona orzeczeniem, o którym mowa w art. 3, art. 5, art. 5a lub art. 62 ustawy, lecz w odniesieniu do całości lub części okresu sprawozdawczego w orzeczeniu tym nie ustalono stopnia niepełnosprawności tej osoby.

¹³ Należy wpisać stan dzieci, wychowanków, uczniów, studentów i słuchaczy wykazany w ostatnim zestawieniu zbiorczym przekazywanym na podstawie przepisów o systemie informacji oświatowej lub w sprawozdaniu na podstawie przepisów 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, złożonym w roku poprzedzającym rok wykazany w poz. 14.2. Jeżeli w roku poprzedzającym rok wykazany w poz. 14.2. składający nie miał obowiązku wykazywania tego stanu lub stan ten był równy 0, to w poz. 33 należy wykazać 0,01.

¹⁴ Należy wykazać rzeczywisty stan dzieci, wychowanków, uczniów, studentów i słuchaczy. Poz. 34 = poz. 35 + poz. 36 + poz. 37 + poz. 38 + poz. 39 + poz. 40.

¹⁵ Wypełnia pracodawca prowadzący zakład pracy chronionej oraz pracodawca korzystający z uprawnienia do zwolnienia z obowiązku odprowadzania części lub całości zaliczek na podatek dochodowy od osób fizycznych na podstawie art. 38 ust. 2a ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1509, z późn. zm.).

¹⁶ Wypełnia pracodawca prowadzący zakład pracy chronionej. Należy wykazać pracowników w rozumieniu art. 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2018 r. poz. 917, z późn. zm.) oraz wykonawców pracy nakładczej, o których mowa w art. 28 ust. 3 ustawy. Należy zastosować wyłączenia ze stanów zatrudnienia określone w art. 21 ust. 5 ustawy.

¹⁷ Należy wykazać pracowników w rozumieniu art. 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy. Należy zastosować wyłączenia ze stanów zatrudnienia określone w art. 21 ust. 5 ustawy.

¹⁸ Wypełnia pracodawca zwolniony z wpłat na podstawie art. 21 ust. 2e ustawy. Należy wykazać działania podejmowane na rzecz osób niepełnosprawnych w zakresie rehabilitacji społecznej i leczniczej, opieki nad osobami niepełnosprawnymi lub edukacji osób niepełnosprawnych, uwzględniając wszystkie wiodące rodzaje działań na rzecz osób niepełnosprawnych. Należy podać kod odpowiadający rodzajowi działań: A1 – kształtowanie zaradności osobistej, pobudzanie aktywności społecznej lub wyrabianie umiejętności samodzielnego wypełniania ról społecznych, A2 – organizowanie warsztatów terapii zajęciowej, turnusów rehabilitacyjnych lub zespołów ćwiczeń usprawniających psychoruchowo, rekreacyjnych i sportowych lub innych zespołów aktywności społecznej zgodnie z potrzebami osób niepełnosprawnych, A3 – likwidacja barier: architektonicznych i urbanistycznych (w szczególności przystosowywanie mieszkań), transportowych, technicznych, w komunikowaniu się (usługi lektorów, przewodników, tłumaczy – stosownie do potrzeb osób niepełnosprawnych) lub w dostępie do informacji (w szczególności pomoc prawna, pomoc poradniczo-informacyjna), A4 – kształtowanie właściwych postaw i zachowań sprzyjających integracji osób niepełnosprawnych ze społeczeństwem (w szczególności rzecznictwo i ochrona praw osób niepełnosprawnych), A0 – inne działania z zakresu rehabilitacji społecznej, B1 – badania lekarskie i specjalistyczna diagnoza w zakresie rehabilitacji, B2 – świadczenia terapeutyczne: terapia psychologiczna lub inne świadczenia terapeutyczne (w szczególności w formie fizykoterapii i ćwiczeń ruchowych), B3 – zaopatrzenie osób niepełnosprawnych w leki niezbędne do rehabilitacji lub przedmioty ortopedyczne, lub sprzęt rehabilitacyjny, B4 – dopłaty do leczenia i rehabilitacji, B5 – rehabilitacja fizyczna lub usprawnianie do funkcjonowania w społeczeństwie, B6 – pomoc mieszkaniowa, rzeczowa lub finansowa, B7 – gromadzenie i dystrybucja żywności lub posiłków, B8 – opieka paliatywna, B0 – inne działania z zakresu rehabilitacji leczniczej lub opieki nad osobami niepełnosprawnymi, C1 – prowadzenie przedszkola integracyjnego lub szkoły integracyjnej, C2 – prowadzenie kształcenia dorosłych, C3 – organizowanie szkoleń i przekwalifikowania zawodowego, C4 – organizowanie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, C5 – wspieranie rozwoju zainteresowań i uzdolnień osób niepełnosprawnych, C0 – inne działania z zakresu edukacji osób niepełnosprawnych, D1 – prowadzenie hospicjum, E1 – prowadzenie domu pomocy społecznej, F1 – prowadzenie zakładu opiekuńczo-leczniczego.

¹⁹ Należy podać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.

WZÓR

INF-Z

Informacja miesięczna o zatrudnieniu, kształceniu lub o działalności na rzecz osób niepełnosprawnych – informacja ewidencyjna

Podstawa prawna: Art. 21 ust. 2f ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”.

Składający: Pracodawca zwolniony z wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) na podstawie art. 21 ust. 2, 2a, 2b lub 2e ustawy.

Termin składania¹: Do 20. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym zaistniały okoliczności powodujące zwolnienie z wpłat.

Adresat: Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.

A. Dane ewidencyjne pracodawcy

1. Numer w rejestrze PFRON²

2. NIP ³ _____	3. REGON ³ _____	4. Pracodawca ⁴ _____			
5. Forma prawna ⁵ _____	6. Szczególna forma prawna ⁶ _____	7. Forma własności ⁷ _____	8. Wielkość ⁸ _____	9. Identyfikator adresu ⁹ _____	10. PKD ¹⁰ _____

B. Dane o informacji

11. Informacja¹¹

- ☐ 1. Zgłoszeniowa
☐ 2. Aktualizacyjna

12. Okres sprawozdawczy

1. Miesiąc _____	2. Rok _____
---------------------	-----------------

13. Dokument składany wraz z informacją¹¹

- ☐ 1. INF-1 ☐ 2. INF-2

C. Dodatkowe informacje o pracodawcy

C.1. Adres

14. Ulica _____	15. Nr domu _____	16. Nr lokalu _____	17. Miejscowość _____	
18. Kod pocztowy _____-_____-_____-	19. Poczta _____	20. Telefon ¹² _____-_____-_____-	21. Faks ¹² _____-_____-_____-	22. E-mail ¹³ _____

C.2. Pełnomocnik¹⁴23. Imię i nazwisko
_____C.3. Adres do korespondencji¹⁵24. Adresat

25. Ulica _____	26. Nr domu _____	27. Nr lokalu _____	28. Miejscowość _____	
29. Kod pocztowy _____-_____-_____-	30. Poczta _____	31. Telefon ¹² _____-_____-_____-	32. Faks ¹² _____-_____-_____-	33. E-mail ¹³ _____

C.4. Organ rejestrowy

34. Pełna nazwa organu rejestrowego¹⁶

35. Nazwa rejestru lub ewidencji ¹⁷ _____	36. Data rejestracji ¹⁸ _____-_____-_____-	37. Numer w rejestrze lub w ewidencji _____
---	--	--

D. Typ pracodawcy¹⁹

D.1. Typ pracodawcy o szczególnym statusie

38. Typ pracodawcy¹¹

- ☐ 1. Prowadzący zakład pracy chronionej
☐ 2. Prowadzący zakład aktywności zawodowej
☐ 3. Inny

39. Rodzaj decyzji¹¹

- ☐ 1. Przyznająca status
☐ 2. Stwierdzająca utratę statusu

40. Podstawa uzyskania lub utraty statusu²⁰

41. Data wydania decyzji ¹⁸ _____-_____-_____-	42. Znak decyzji _____	43. Data uzyskania lub utraty statusu ¹⁸ _____-_____-_____-	44. Struktura pracodawcy ²¹ _____
--	---------------------------	---	---

D.2. Typy pracodawców, o których mowa w art. 21 ustawy²²45. Pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 2a ustawy²³
_____46. Pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 2b ustawy²⁴
_____47. Pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 2e ustawy²⁵
_____E. Podleganie obowiązkowi wpłat²⁶48. Okres, za który po raz pierwszy pracodawca podlegał obowiązkowi wpłat²⁷
_____-_____-_____-49. Podstawa prawna podlegania obowiązkowi wpłat²⁸

F. Osoba odpowiedzialna za kontakty z PFRON

50. Imię _____	51. Nazwisko _____	52. Telefon ¹² _____-_____-_____-	53. Faks ¹² _____-_____-_____-	54. E-mail ¹³ _____
-------------------	-----------------------	---	--	-----------------------------------

G. Uwagi

Oświadczam, że są mi znane przepisy dotyczące wpłat na PFRON.
Dane zawarte w informacji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

55. Data wypełnienia informacji ¹⁵ _____-_____-_____-	56. Podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej _____
---	---

Objaśnienia do informacji INF-Z

¹ Pracodawca może nie składać informacji INF-Z, jeżeli nie uległy zmianie dane wykazane w uprzednio złożonej deklaracji DEK-Z (Deklaracji wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych – deklaracji ewidencyjnej) lub informacji INF-Z za okresy przypadające począwszy od października 2018 r.

² Wpisać numer, jeżeli został nadany pracodawcy przed dniem złożenia informacji.

³ Wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa. W przypadku posiadania 9-cyfrowego numeru REGON w poz. 3 należy po dziewiętej cyfrze wpisać pięć zer.

⁴ Należy wpisać pełną nazwę albo firmę, albo imię i nazwisko pracodawcy. Poz. 4 należy wypełniać jednolicie w składanych informacjach, o których mowa w art. 21 ust. 2f ustawy, i deklaracjach, o których mowa w art. 49 ust. 2 ustawy.

⁵ Należy podać kod odpowiadający formie prawnej pracodawcy: 1A – przedsiębiorstwo państwowe, 1B – jednoosobowa spółka Skarbu Państwa, 1C – jednoosobowa spółka jednostki samorządu terytorialnego, w rozumieniu przepisów o gospodarce komunalnej, 1D – spółka akcyjna albo spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, w stosunku do których Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego, przedsiębiorstwo państwowe lub jednoosobowa spółka Skarbu Państwa są podmiotami, które posiadają uprawnienia takie, jak przedsiębiorcy dominujący w rozumieniu przepisów o ochronie konkurencji i konsumentów, 2 – pracodawca nienależący do kategorii określonych kodami od 1A do 1D.

⁶ Należy podać kod szczególnej formy prawnej określony w przepisach dotyczących sposobu i metodologii prowadzenia i aktualizacji krajowego rejestru urzędowego podmiotów gospodarki narodowej, wzorów wniosków, ankiet i zaświadczeń.

⁷ Forma własności jest określana na podstawie procentowego udziału własności zgodnie z przepisami dotyczącymi sposobu i metodologii prowadzenia i aktualizacji krajowego rejestru urzędowego podmiotów gospodarki narodowej. Należy podać kolejno odpowiednie kody odpowiadające własności: 1 – Skarbu Państwa, 2 – państwowych osób prawnych, 3 – jednostek samorządu terytorialnego, 4 – krajowych osób fizycznych, 5 – pozostałych krajowych jednostek prywatnych, 6 – osób zagranicznych.

⁸ Należy podać odpowiedni kod. Wpisując kod, należy brać pod uwagę dane na ostatni dzień roku poprzedzającego rok sprawozdawczy. Kod 0 – mikroprzedsiębiorca, kod 1 – przedsiębiorca mały, kod 2 – przedsiębiorca średni, kod 3 – inny przedsiębiorca, kod 4 – pracodawca niebędący przedsiębiorcą.

⁹ Należy podać pełne, siedmiocyfrowe oznaczenie gminy, na obszarze której pracodawca ma odpowiednio siedzibę lub miejsce zamieszkania – zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 15 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia, stosowania i udostępniania krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju oraz związanych z tym obowiązków organów administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego (Dz. U. poz. 1031, z późn. zm.). Identyfikatory terytorialne gmin dostępne są na stronie internetowej Głównego Urzędu Statystycznego.

¹⁰ Należy wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa. Należy podać klasę rodzaju działalności pracodawcy, zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2007 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) (Dz. U. poz. 1885, z późn. zm.), która generuje największy przychód.

¹¹ Należy w odpowiednim polu wstawić znak „X”.

¹² W poz. 20, 31 i 52 należy podać dziewięciocyfrowy numer telefonu (w przypadku korzystania z telefonu). W poz. 21, 32 i 53 należy podać dziewięciocyfrowy numer faksu (w przypadku korzystania z faksu).

¹³ Należy wypełnić w przypadku korzystania z poczty elektronicznej.

¹⁴ Należy złożyć odpowiednio pełnomocnictwo oraz dowód uiszczenia opłaty skarbowej za udzielone pełnomocnictwo (o ile opłata jest wymagana) albo zawiadomienie o odwołaniu pełnomocnictwa.

¹⁵ Poz. 24-33 należy wypełnić, jeżeli adres, na który należy kierować korespondencję do pracodawcy (tj. odpowiednio adres do korespondencji pracodawcy lub adres pełnomocnika upoważnionego do odbierania korespondencji), jest inny niż adres wykazany w bloku C.1. W poz. 24 należy wpisać odpowiednio imię i nazwisko osoby lub nazwę podmiotu, do których należy kierować korespondencję do pracodawcy.

¹⁶ Dotyczy także organów wydających koncesje, zezwolenia, pozwolenia.

¹⁷ Nazwa rejestru lub ewidencji, w których pracodawca jest zarejestrowany, np. Krajowy Rejestr Sądowy, Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej.

¹⁸ Należy podać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.

¹⁹ Według stanu na dzień sporządzenia informacji.

²⁰ Należy wpisać 1 – w przypadku odpowiednio uzyskania lub utraty statusu na podstawie decyzji Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych albo 2 – w przypadku odpowiednio uzyskania lub utraty statusu na podstawie decyzji wojewody.

²¹ Należy wpisać 1 – w przypadku jednostki organizacyjnej, o której mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 5 września 2016 r. o szczególnych zasadach rozliczeń podatku od towarów i usług oraz dokonywania zwrotu środków publicznych przeznaczonych na realizację projektów finansowanych z udziałem środków pochodzących z budżetu Unii Europejskiej lub od państw członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu przez jednostki samorządu terytorialnego (Dz. U. z 2018 r. poz. 280), 2 – w przypadku wydzielonej jednostki organizacyjnej wchodzącej w skład innych podmiotów, 0 – w przypadku innej jednostki.

²² Wypełnia pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 2a, 2b lub 2e ustawy.

²³ Należy podać kod odpowiadający typowi pracodawcy: A01 – państwowa jednostka organizacyjna – jednostka budżetowa, A02 – państwowa jednostka organizacyjna – zakład budżetowy, A03 – państwowa jednostka organizacyjna – gospodarstwo pomocnicze, A04 – państwowa jednostka organizacyjna – instytucja kultury, A05 – państwowa jednostka organizacyjna – jednostka organizacyjna zajmująca się statutowo ochroną dóbr kultury uznanych za pomnik historii, A06 – samorządowa jednostka organizacyjna – jednostka budżetowa, A07 – samorządowa jednostka organizacyjna – zakład budżetowy, A08 – samorządowa jednostka organizacyjna – gospodarstwo pomocnicze, A09 – samorządowa jednostka organizacyjna – instytucja kultury, A10 – samorządowa jednostka organizacyjna – instytucja zajmująca się statutowo ochroną dóbr kultury uznanych za pomnik historii, A11 – inna jednostka organizacyjna zajmująca się statutowo ochroną dóbr kultury uznanych za pomnik historii. Należy wskazać odpowiedni typ pracodawcy za okres, którego dotyczy wpłata.

²⁴ Należy podać kod odpowiadający typowi pracodawcy: B01 – uczelnia publiczna, B02 – uczelnia niepubliczna, B03 – publiczna wyższa szkoła zawodowa, B04 – niepubliczna wyższa szkoła zawodowa, B05 – szkoła publiczna, B06 – szkoła niepubliczna, B07 – publiczna placówka opiekuńczo-wychowawcza, B08 – niepubliczna placówka opiekuńczo-wychowawcza, B09 – publiczna placówka resocjalizacyjna, B10 – niepubliczna placówka resocjalizacyjna, B11 – zakład kształcenia nauczycieli, B12 – publiczny żłobek, B13 – niepubliczny żłobek, B14 – regionalna placówka opiekuńczo-terapeutyczna, B15 – interwencyjny ośrodek preadopcyjny, B16 – klub dziecięcy, B17 – publiczne przedszkole, B18 – niepubliczne przedszkole, B19 – publiczne inne formy wychowania przedszkolnego, B20 – niepubliczne inne formy wychowania przedszkolnego.

²⁵ Należy podać kod odpowiadający typowi pracodawcy: E01 – publiczna jednostka organizacyjna niedziałająca w celu osiągnięcia zysku, której wyłącznym przedmiotem prowadzonej działalności jest rehabilitacja społeczna i lecznicza osób niepełnosprawnych, E02 – publiczna jednostka organizacyjna niedziałająca w celu osiągnięcia zysku, której wyłącznym przedmiotem prowadzonej działalności jest edukacja osób niepełnosprawnych, E03 – publiczna jednostka organizacyjna niedziałająca w celu osiągnięcia zysku, której wyłącznym przedmiotem prowadzonej działalności jest opieka nad osobami niepełnosprawnymi, E04 – niepubliczna jednostka organizacyjna niedziałająca w celu osiągnięcia zysku, której wyłącznym przedmiotem prowadzonej działalności jest rehabilitacja społeczna i lecznicza osób niepełnosprawnych, E05 – hospicjum, E06 – dom pomocy społecznej, E07 – niepubliczna jednostka organizacyjna niedziałająca w celu osiągnięcia zysku, której wyłącznym przedmiotem prowadzonej działalności jest edukacja osób niepełnosprawnych, E08 – niepubliczna jednostka organizacyjna niedziałająca w celu osiągnięcia zysku, której wyłącznym przedmiotem prowadzonej działalności jest opieka nad osobami niepełnosprawnymi, E09 – zakład opiekuńczo-leczniczy.

²⁶ Dotyczy zarówno zobowiązania do wpłat, jak i zwolnienia z wpłat na podstawie art. 21 ust. 2, 2a, 2b lub 2e ustawy.

²⁷ Należy podać datę w formacie: miesiąc-rok.

²⁸ Należy podać kod odpowiadający podstawie prawnej podlegania obowiązkowi wpłat: 10 – jeżeli podstawą podlegania obowiązkowi wpłat jest art. 21 ustawy, 0W – jeżeli podstawą podlegania obowiązkowi wpłat jest art. 23 ustawy, 2A – jeżeli pracodawca podlega obowiązkowi wpłat deklarowanych w deklaracji DEK-II-a, 2B – jeżeli pracodawca podlega obowiązkowi wpłat deklarowanych w deklaracji DEK-II-b, albo 2U – jeżeli pracodawca podlega obowiązkowi wpłat deklarowanych w deklaracji DEK-II-u.

WZÓR

INF-2

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

Podstawa prawna: Art. 21 ust. 2f ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”.

Składający: Pracodawca zwolniony z wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) na podstawie art. 21 ust. 2, 2a, 2b lub 2e ustawy.

Termin składania: Do dnia 20. stycznia roku następującego po roku, w którym zaistniały okoliczności powodujące zwolnienie z wpłat.

Adresat: Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.

A. Dane ewidencyjne pracodawcy¹1. Numer w rejestrze PFRON²

2. NIP ³ _____		3. REGON ³ _____		4. Pracodawca ⁴ _____	
5. Ulica _____		6. Nr domu _____		7. Nr lokalu _____	
8. Miejscowość _____		9. Kod pocztowy _____-____		10. Poczta _____	
11. Telefon ⁵ _____		12. Faks ⁵ _____		13. E-mail ⁶ _____	

B. Dane o informacji

14. Okres sprawozdawczy

1. Rok

_____-_____-____

15. Informacja⁷☐ 1. Zwykła ☐ 2. KorygującaC. Składanie informacji za poszczególne miesiące⁸

Podstawa prawna składania informacji INF-1

Za miesiąc	Podstawa prawna zwolnienia z wpłat				Nie dotyczy z uwagi na ⁹			
	art. 21 ust. 2 ustawy	art. 21 ust. 2a ustawy	art. 21 ust. 2b ustawy	art. 21 ust. 2e ustawy	niepodleganie obowiązkowi wpłat	zobowiązanie z tytułu wpłat	zwolnienie z wpłat na podstawie art. 21 ust. 3 ustawy	zwolnienie z wpłat na podstawie odrębnych przepisów
Styczeń	16. ☐	17. ☐	18. ☐	19. ☐	20. ☐	21. ☐	22. ☐	23. ☐
Luty	24. ☐	25. ☐	26. ☐	27. ☐	28. ☐	29. ☐	30. ☐	31. ☐
Marzec	32. ☐	33. ☐	34. ☐	35. ☐	36. ☐	37. ☐	38. ☐	39. ☐
Kwiecień	40. ☐	41. ☐	42. ☐	43. ☐	44. ☐	45. ☐	46. ☐	47. ☐
Maj	48. ☐	49. ☐	50. ☐	51. ☐	52. ☐	53. ☐	54. ☐	55. ☐
Czerwiec	56. ☐	57. ☐	58. ☐	59. ☐	60. ☐	61. ☐	62. ☐	63. ☐
Lipiec	64. ☐	65. ☐	66. ☐	67. ☐	68. ☐	69. ☐	70. ☐	71. ☐
Sierpień	72. ☐	73. ☐	74. ☐	75. ☐	76. ☐	77. ☐	78. ☐	79. ☐
Wrzesień	80. ☐	81. ☐	82. ☐	83. ☐	84. ☐	85. ☐	86. ☐	87. ☐
Październik	88. ☐	89. ☐	90. ☐	91. ☐	92. ☐	93. ☐	94. ☐	95. ☐
Listopad	96. ☐	97. ☐	98. ☐	99. ☐	100. ☐	101. ☐	102. ☐	103. ☐
Grudzień	104. ☐	105. ☐	106. ☐	107. ☐	108. ☐	109. ☐	110. ☐	111. ☐

D. Uwagi

Oświadczam, że są mi znane przepisy dotyczące wpłat na PFRON.
Dane zawarte w informacji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

112. Data wypełnienia informacji¹⁰

_____-_____-____

113. Podpis pracodawcy
lub osoby upoważnionej

INF-2

1/1

Objaśnienia do formularza INF-2

¹ W przypadku składania informacji INF-2 po raz pierwszy oraz w przypadku zmian danych ewidencyjnych dołącza się informację INF-Z.

² Wpisać numer, jeżeli został nadany pracodawcy przed dniem złożenia informacji.

³ Wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa. W przypadku posiadania 9-cyfrowego numeru REGON w poz. 3 należy po dziewiątej cyfrze wpisać pięć zer.

⁴ Należy wpisać pełną nazwę albo firmę, albo imię i nazwisko pracodawcy. Poz. 4 należy wypełniać jednolicie w składanych informacjach, o których mowa w art. 21 ust. 2f ustawy, i deklaracjach, o których mowa w art. 49 ust. 2 ustawy.

⁵ W poz. 11 należy podać dziewięciocyfrowy numer telefonu (w przypadku korzystania z telefonu). W poz. 12 należy podać dziewięciocyfrowy numer faksu (w przypadku korzystania z faksu).

⁶ Należy wypełnić w przypadku korzystania z poczty elektronicznej.

⁷ Należy w odpowiednim polu wstawić znak „X”.

⁸ Należy w odpowiednich polach wstawić znak „X” dla danego miesiąca.

⁹ Zaznacza pracodawca, który nie składał informacji INF-1 z uwagi na to, że nie podlegał obowiązkowi wpłat, był zobowiązany do wpłat lub korzystał ze zwolnienia na podstawie innej niż art. 21 ust. 2, 2a, 2b lub 2e ustawy.

¹⁰ Należy podać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.