

969**ROZPORZĄDZENIE MINISTRA GOSPODARKI, PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ¹⁾**

z dnia 29 maja 2003 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. Nr 123, poz. 776, z późn. zm.²⁾) 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 Fun-

duszu 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 INF-1 stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia;
- 2) wzór informacji rocznej INF-2 stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia.

§ 2. Traci moc rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 17 października 2000 r. w sprawie określenia wzorów miesięcznych i rocznych informacji o zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, o zatrudnieniu i kształceniu osób niepełnosprawnych lub o działalności na rzecz osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 96, poz. 1054).

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie z pierwszym dniem miesiąca następującego po miesiącu ogłoszenia.

Minister Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej:

J. Hausner

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.

Załączniki do rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 29 maja 2003 r. (poz. 969)

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, zwanej dalej „ustawą”.
Składający:	Pracodawca zwolniony z wpłat na Fundusz (PFRON) na podstawie art. 21 ust. 2, 2a, 2b lub 2e ustawy.
Termin składania ¹ :	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, tel. (0-22) 620-03-51.

A. Dane ewidencyjne pracodawcy¹				1. Numer w rejestrze PFRON	
2. REGON		9 pierwszych cyfr	3. NIP		bez separatorów
4. PKD					
5. Pełna nazwa pracodawcy					
6. Kod pocztowy	7. Miejscowość	8. Ulica		9. Nr domu	10. Nr lokalu

B. Dane o informacji i prawnej podstawie zwolnienia z wpłat					
11. Okres sprawozdawczy			12. Informacja ²		
1. Miesiąc		2. Rok	<input type="checkbox"/> 1. Zwykła		<input type="checkbox"/> 2. Korygująca
13. Podstawa prawna zwolnienia z wpłat					
<input type="checkbox"/> 1. art. 21 ust. 2		<input type="checkbox"/> 2. art. 21 ust. 2a		<input type="checkbox"/> 3. art. 21 ust. 2b	
<input type="checkbox"/> 4. art. 21 ust. 2e					

C. Dane o zatrudnieniu (w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy)					
C.1. Pracownicy w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy					
Zatrudnienie ogółem		14.		w tym etatów osób niepełnosprawnych ogółem	

w tym etatów osób niepełnosprawnych w stopniu:					
znacznym		umiarkowanym		lekkim	
ze szczególnymi schorzeniami ³		ze szczególnymi schorzeniami ³			
pozostali		pozostali			
16.	17.	18.	19.	20.	21.
_____	_____	_____	_____	_____	_____
					Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych (3xpoz.16+2xpoz.18+poz.15)/ /poz.14
C.2. Wychowankowie, uczniowie, studenci, słuchacze					
Wypełnia pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 2b					
Ogółem		22.		w tym osób niepełnosprawnych ogółem	

w tym osób niepełnosprawnych w stopniu:					
znacznym		umiarkowanym		lekkim	
ze szczególnymi schorzeniami ³		ze szczególnymi schorzeniami ³			
pozostali		pozostali			
24.	25.	26.	27.	28.	29.
_____	_____	_____	_____	_____	_____
					Wskaźnik wychowanków, uczniów, studentów lub słuchaczy (3xpoz.24+2xpoz.26+2xpoz.23)/ /poz.22
Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych w jednostkach wymienionych w art. 21 ust. 2b poz. 21 + poz. 29					30.

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

² W częściach B i E należy w odpowiednich polach wstawić znak X.

³ 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).

D. Dane o zatrudnieniu (w osobach)

Zatrudnienie ogółem	31. _____	w tym osób niepełnosprawnych ogółem	32. _____	
w tym osób niepełnosprawnych w stopniu:				
znacznym		umiarkowanym		lekkiem
ze szczególnymi schorzeniami ³	pozostali	ze szczególnymi schorzeniami ³	pozostali	
33. _____	34. _____	35. _____	36. _____	37. _____

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

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

38. Rodzaje działań (1):	39. Rodzaje działań (2):	40. Rodzaje działań (3):
<input type="checkbox"/> 1. Kształtowanie zaradności osobistej, pobudzanie aktywności społecznej lub wyrabianie umiejętności samodzielnego wypełniania ról społecznych <input type="checkbox"/> 2. Organizowanie: <input type="checkbox"/> a) warsztatów terapii zajęciowej <input type="checkbox"/> b) turnusów rehabilitacyjnych <input type="checkbox"/> c) zespołów ćwiczeń usprawniających psychoruchowo, rekreacyjnych i sportowych lub innych zespołów aktywności społecznej zgodnie z potrzebami osób niepełnosprawnych <input type="checkbox"/> 3. Likwidacja barier: <input type="checkbox"/> a) architektonicznych i urbanistycznych (w szczególności przystosowywanie mieszkań) <input type="checkbox"/> b) transportowych <input type="checkbox"/> c) technicznych <input type="checkbox"/> d) w komunikowaniu się (usługi lektorów, przewodników, tłumaczy – stosownie do potrzeb osób niepełnosprawnych) <input type="checkbox"/> e) w dostępie do informacji (w szczególności pomoc prawna, pomoc poradniczo-informacyjna) <input type="checkbox"/> 4. Kształtowanie właściwych postaw i zachowań sprzyjających integracji osób niepełnosprawnych ze społeczeństwem (w szczególności rzecznictwo i ochrona praw osób niepełnosprawnych) <input type="checkbox"/> 5. Inne formy rehabilitacji społecznej – jakie?	<input type="checkbox"/> 1. Badania lekarskie i specjalistyczna diagnoza w zakresie rehabilitacji <input type="checkbox"/> 2. Świadczenia terapeutyczne: <input type="checkbox"/> a) terapia psychologiczna <input type="checkbox"/> b) inne świadczenia terapeutyczne (w szczególności w formie fizykoterapii i ćwiczeń ruchowych) <input type="checkbox"/> 3. Zaopatrzenie osób niepełnosprawnych w: <input type="checkbox"/> a) leki niezbędne na potrzeby rehabilitacji <input type="checkbox"/> b) przedmioty ortopedyczne lub sprzęt rehabilitacyjny <input type="checkbox"/> 4. Dopłaty do leczenia i rehabilitacji <input type="checkbox"/> 5. Rehabilitacja fizyczna lub usprawnianie do funkcjonowania w społeczeństwie <input type="checkbox"/> 6. Pomoc mieszkaniowa, rzeczowa lub finansowa <input type="checkbox"/> 7. Gromadzenie i dystrybucja żywności lub posiłków <input type="checkbox"/> 8. Opieka paliatywna <input type="checkbox"/> 9. Świadczenie innych usług rehabilitacyjnych lub opiekuńczych – jakich?	<input type="checkbox"/> 1. Prowadzenie przedszkola integracyjnego lub szkoły integracyjnej <input type="checkbox"/> 2. Prowadzenie kształcenia dorosłych <input type="checkbox"/> 3. Organizowanie szkoleń i przekwalifikowania zawodowego <input type="checkbox"/> 4. Organizowanie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych <input type="checkbox"/> 5. Wspieranie rozwoju zainteresowań i uzdolnień osób niepełnosprawnych <input type="checkbox"/> 6. Inne działania w zakresie kształcenia osób niepełnosprawnych – jakie?

F. 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.

41. Data wypełnienia informacji

42. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej

INF-1 2/2

⁴ Należy uwzględnić wszystkie rodzaje działań na rzecz osób niepełnosprawnych.

Załącznik do informacji – INF-1

NF-1-Z

Podstawa prawna: Art. 21 ust. 2f ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, zwanej dalej „ustawą”.

Składający: Pracodawca, o którym mowa w 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, tel. (0-22) 620-03-51.

A. Dane ewidencyjne pracodawcy

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

B. Dane o informacji³

26. Informacja:	27. Załącznik do informacji INF-1 za okres
<input type="checkbox"/> 1. Zgłoszeniowa <input type="checkbox"/> 2. Aktualizacyjna	1. Miesiąc 2. Rok

C. Osoba odpowiedzialna za kontakty z PFRON

28. Imię	29. Nazwisko	
30. Telefon ²	31. Faks ²	32. E-mail

D. Organ rejestrowy

33. Pełna nazwa organu rejestrowego ⁴	
34. Nazwa rejestru	
35. Data rejestracji	36. Numer w rejestrze

INF-1-Z 1/2

¹ INF-1-Z załącza się do informacji INF-1 w przypadku składania informacji INF-1 po raz pierwszy oraz w przypadku zmian danych ewidencyjnych.² Należy podać także numer kierunkowy.³ Należy w odpowiednich polach wstawić znak X.⁴ Dotyczy także organów wydających koncesje, zezwolenia, pozwolenia.

E. Forma prawna działalności i forma własności⁵

37. Forma prawna działalności

38. Forma własności

F. Typ pracodawcy

39. Typ pracodawcy zwolnionego na podstawie art. 21 ust. 2a ustawy

1. Państwowa jednostka organizacyjna:
- a) jednostka budżetowa
- b) zakład budżetowy
- c) gospodarstwo pomocnicze
- d) instytucja kultury
- e) jednostka organizacyjna zajmująca się statutowo ochroną dóbr kultury uznanych za pomnik historii
2. Samorządowa jednostka organizacyjna:
- a) jednostka budżetowa
- b) zakład budżetowy
- c) gospodarstwo pomocnicze
- d) instytucja kultury
- e) jednostka organizacyjna zajmująca się statutowo ochroną dóbr kultury uznanych za pomnik historii
3. Inna jednostka organizacyjna zajmująca się statutowo ochroną dóbr kultury uznanych za pomnik historii

40. Typ pracodawcy zwolnionego na podstawie art. 21 ust. 2b ustawy

1. Wyższa szkoła:
- a) państwowa
- b) niepaństwowa
2. Wyższa szkoła zawodowa:
- a) państwowa
- b) niepaństwowa
3. Szkoła:
- a) publiczna
- b) niepubliczna
4. Placówka opiekuńczo-wychowawcza:
- a) publiczna
- b) niepubliczna
5. Placówka resocjalizacyjna
- a) publiczna
- b) niepubliczna
6. Zakład kształcenia nauczycieli

41. Typ pracodawcy zwolnionego na podstawie art. 21 ust. 2e ustawy

1. Publiczna jednostka organizacyjna nie działająca w celu osiągnięcia zysku, której wyłącznym przedmiotem prowadzonej działalności jest:
- a) rehabilitacja społeczna i lecznicza osób niepełnosprawnych
- b) kształcenie osób niepełnosprawnych
- c) opieka nad osobami niepełnosprawnymi
2. Niepubliczna jednostka organizacyjna nie działająca w celu osiągnięcia zysku, której wyłącznym przedmiotem prowadzonej działalności jest:
- a) rehabilitacja społeczna i lecznicza osób niepełnosprawnych
- b) kształcenie osób niepełnosprawnych
- c) opieka nad osobami niepełnosprawnymi

G. Status zakładu pracy chronionej*Wypełnia pracodawca prowadzący zakład pracy chronionej.*

42. Podstawa uzyskania lub utraty statusu

1. Decyzja Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych
2. Decyzja wojewody

43. Rodzaj decyzji

1. Przyznająca status
2. Stwierdzająca utratę statusu

44. Data wydania decyzji

_____._____.____.

45. Znak decyzji

46. Data uzyskania / / utraty decyzji

_____._____.____.

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

47. Data wypełnienia informacji

_____._____.____.

48. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej

H. Uwagi

--

INF-1-Z 2₁₂

⁵ Należy wpisać odpowiedni kod 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).

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, zwanej dalej „ustawą”.
Składający:	Pracodawca zwolniony z wpłat 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, tel. (0-22) 620-03-51.

A. Dane ewidencyjne pracodawcy				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. Dane o informacji	
11. Okres sprawozdawczy	12. Informacja:
1. Rok	<input type="checkbox"/> 1. Zwykła <input type="checkbox"/> 2. Korygująca

C. Składanie informacji za poszczególne miesiące ¹											
	Na podstawie						Na podstawie				
Za miesiąc	Art. 21 ust. 2	Art. 21 ust. 2a	Art. 21 ust. 2b	Art. 21 ust. 2e	Nie dotyczy ²	Za miesiąc	Art. 21 ust. 2	Art. 21 ust. 2a	Art. 21 ust. 2b	Art. 21 ust. 2e	Nie dotyczy ²
styczeń	13. <input type="checkbox"/>	14. <input type="checkbox"/>	15. <input type="checkbox"/>	16. <input type="checkbox"/>	17. <input type="checkbox"/>	lipiec	43. <input type="checkbox"/>	44. <input type="checkbox"/>	45. <input type="checkbox"/>	46. <input type="checkbox"/>	47. <input type="checkbox"/>
luty	18. <input type="checkbox"/>	19. <input type="checkbox"/>	20. <input type="checkbox"/>	21. <input type="checkbox"/>	22. <input type="checkbox"/>	sierpień	48. <input type="checkbox"/>	49. <input type="checkbox"/>	50. <input type="checkbox"/>	51. <input type="checkbox"/>	52. <input type="checkbox"/>
marzec	23. <input type="checkbox"/>	24. <input type="checkbox"/>	25. <input type="checkbox"/>	26. <input type="checkbox"/>	27. <input type="checkbox"/>	wrzesień	53. <input type="checkbox"/>	54. <input type="checkbox"/>	55. <input type="checkbox"/>	56. <input type="checkbox"/>	57. <input type="checkbox"/>
kwiecień	28. <input type="checkbox"/>	29. <input type="checkbox"/>	30. <input type="checkbox"/>	31. <input type="checkbox"/>	32. <input type="checkbox"/>	październik	58. <input type="checkbox"/>	59. <input type="checkbox"/>	60. <input type="checkbox"/>	61. <input type="checkbox"/>	62. <input type="checkbox"/>
maj	33. <input type="checkbox"/>	34. <input type="checkbox"/>	35. <input type="checkbox"/>	36. <input type="checkbox"/>	37. <input type="checkbox"/>	listopad	63. <input type="checkbox"/>	64. <input type="checkbox"/>	65. <input type="checkbox"/>	66. <input type="checkbox"/>	67. <input type="checkbox"/>
czerwiec	38. <input type="checkbox"/>	39. <input type="checkbox"/>	40. <input type="checkbox"/>	41. <input type="checkbox"/>	42. <input type="checkbox"/>	grudzień	68. <input type="checkbox"/>	69. <input type="checkbox"/>	70. <input type="checkbox"/>	71. <input type="checkbox"/>	72. <input type="checkbox"/>

D. 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.	
73. Data wypełnienia informacji	74. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej
_ _ _ _ _ , _ _ _ _ _	

INF-2 1/1

¹ Należy w odpowiednich polach wstawić znak X.² Zaznacza pracodawca, który nie składał informacji z uwagi na to, że był zobowiązany do wpłat lub nie podlegał obowiązkowi wpłat (przyczynę należy podać w bloku D).