

Podstawa prawna:	Art. 26c ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
Składający ¹ :	Pracodawca, o którym mowa w art. 26a ustawy, który uzyskał za okres sprawozdawczy dofinansowanie do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych.
Termin składania:	Do dnia 15 lutego roku następującego po roku, którego dotyczy rozliczenie.
Adresat:	Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.

A. Dane ewidencyjne pracodawcy						1. Numer w rejestrze PFRON _____	
2. Skrócona nazwa lub imię i nazwisko pracodawcy _____				3. REGON² _____		4. NIP² _____	
5. Kod pocztowy ____-____	6. Miejscowość _____		7. Ulica _____			8. Nr domu _____	9. Nr lokalu _____
10. Telefon³ _____			11. Faks³ _____		12. E-mail _____		

B. Dane o rozliczeniu⁴		15. Pracodawca wykazał podwyższone koszty zatrudnienia pracowników niepełnosprawnych⁵	
13. Informacja za rok 	14. Informacja ☐ 1. Zwykła ☐ 2. Korygująca	☐ 1. Rzeczywiste w odniesieniu do wszystkich pracowników niepełnosprawnych⁶ ☐ 2. Ryczałt w odniesieniu do pracownika lub grupy pracowników niepełnosprawnych⁶ ☐ 3. Ryczałt w odniesieniu do wszystkich pracowników niepełnosprawnych⁶	

C. Rozliczenie roczne miesięcznego dofinansowania za okres sprawozdawczy ⁷		
Kwota uzyskana na podstawie art. 26a ustawy	Kwota uzyskana na podstawie art. 25a ust. 2-4 ustawy	Kwota pomocy uzyskana na podstawie art. 25a ust. 2-4 i art. 26a ustawy na zatrudnienie
16. _____	17. _____	18. _____
Suma podwyższonych kosztów zatrudnienia osób niepełnosprawnych w części nie objętej innymi formami pomocy ⁸	Wynagrodzenia osiągane wraz z kosztami osobowymi pracodawcy odpowiadającymi składkom na ubezpieczenia społeczne od tych wynagrodzeń	Kwota maksymalnej wielkości pomocy ⁹
19. _____	20. _____	21. _____
Kwota uzyskana na podstawie art. 26a ustawy nienależnie pobrana ¹⁰	Kwota uzyskana na podstawie art. 25a ust. 2-4 ustawy nienależnie pobrana ¹⁰	Nadwyżka pomocy na zatrudnienie do zwrotu ¹¹
22. _____	23. _____	24. _____
Kwota kosztów do zrekompensowania w kolejnych okresach sprawozdawczych ¹²	Kwota do zwrotu ¹³	☐ Po dokonaniu rozliczenia pomoc uzyskana w okresie kolejnych 3 lat przez pracodawcę na zatrudnienie nie przekroczyła równowartości 15 mln euro łącznie z wartością innej pomocy uzyskanej na ten cel ⁵ .
25. _____	26. _____	
Oświadczam, że dane zawarte w informacji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.		
27. Data wypełnienia informacji _____-_____-____	28. Imię, nazwisko i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej	

Należy wypełnić wyraźnie pismem maszynowym lub ręcznie drukowanymi literami czarnym lub niebieskim kolorem.

Objaśnienia do formularza INF-D-R

¹ Nie wypełnia składający, o którym mowa w art. 25a ust. 2-4 ustawy, który złożył Rozliczenie środków uzyskanych w ramach refundacji składek na ubezpieczenia społeczne za okres roczny (INF-U-R) za ten sam okres sprawozdawczy.

² Wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa.

³ Podać także numer kierunkowy.

⁴ W odpowiednim polu wstawić znak x.

⁵ Wypełnia wyłącznie pracodawca wykonujący działalność gospodarczą, w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej.

⁶ Należy w odpowiednim polu wstawić znak X, odpowiednio do dokonanego wyboru sposobu obliczania podwyższonych kosztów zatrudniania osób niepełnosprawnych — zgodnie z przepisami w sprawie udzielania pomocy pracodawcom zatrudniającym osoby niepełnosprawne oraz osobom niepełnosprawnym wykonującym działalność gospodarczą i rolniczą.

⁷ Należy wykazać wartości zbiorczych kwot ustalonych w odniesieniu do poszczególnych pracowników. Poz. 18-21, 24 i 25 wypełnia wyłącznie pracodawca wykonujący działalność gospodarczą, w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej.

⁸ Kwota z poz. 73 Informacji o wysokości i rodzaju podwyższonych kosztów zatrudnienia osób niepełnosprawnych (INF-D-Kz) lub z poz. 73 Informacji o wysokości i rodzaju podwyższonych kosztów zatrudnienia osób niepełnosprawnych (INF-U-Kz).

⁹ Należy wpisać kwotę pomocy uwzględniając maksymalne kwoty pomocy dla osób niepełnosprawnych z ustalonym odpowiednio: znacznym, umiarkowanym i lekkim stopniem niepełnosprawności oraz osób u których stwierdzono chorobę psychiczną, epilepsję, upośledzenie umysłowe oraz osoby niewidome - zgodnie z przepisami w sprawie udzielania pomocy pracodawcom zatrudniającym osoby niepełnosprawne oraz osobom niepełnosprawnym wykonującym działalność gospodarczą i rolniczą.

¹⁰ Należy wykazać kwotę nienależnie pobraną, której pracodawca nie zwrócił przed dniem złożenia informacji.

¹¹ Jeżeli $\text{poz. 18} > \text{MIN}(\text{poz. 19; poz. 20; poz. 21})$, to $\text{poz. 24} = \text{poz. 18} - \text{MIN}(\text{poz. 19; poz. 20; poz. 21})$. Jeżeli $\text{poz. 18} \leq \text{MIN}(\text{poz. 19; poz. 20; poz. 21})$, to $\text{poz. 24} = 0$.

¹² Jeżeli $\text{poz. 19} > \text{MIN}(\text{poz. 18, poz. 20, poz. 21})$, to $\text{poz. 25} = \text{poz. 19} - \text{MIN}(\text{poz. 18, poz. 20, poz. 21})$. Jeżeli $\text{poz. 19} \leq \text{MIN}(\text{poz. 18, poz. 20, poz. 21})$, to $\text{poz. 25} = 0$.

¹³ $\text{Poz. 26} = \text{poz. 22} + \text{poz. 23} + \text{poz. 24}$.