

.....
(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-... ..	miejsowość	
	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			
		ogółem	osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności*		ogółem	osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności		
1	2	3	4	5	6	7	wskaźnik** 6:5	wskaźnik 7:5

.....
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 (przyjmując przez liczbę dni stan zatrudnienia z dnia poprzedniego lub następnego, jeśli miesiąc rozpoczyna się dnem 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.