

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

za:

1. Rok

Podstawa prawna:	Art. 21 ust. 2f ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123, poz. 776, ze zm.), zwanej dalej „ustawą”.
Składający:	Pracodawca zwolniony z wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie art. 21 ust. 2, 2a, 2b lub 2e ustawy
Termin składania:	Do dnia 20 stycznia roku następującego po roku, którego dotyczy informacja
Adresat:	Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa

A. Dane ewidencyjne pracodawcy

A.1. Nazwa i adres pracodawcy

2. Numer w rejestrze PFRON

3. Nazwa pracodawcy ¹				
4. REGON	5. NIP			6. EKD
7. Województwo		8. Powiat		
9. Gmina		10. Miejscowość		
11. Kod pocztowy	12. Poczta	13. Ulica	14. Nr domu	15. Nr lokalu
16. Telefon		17. Faks	18. E-mail	

¹ Należy podać pełną nazwę pracodawcy.

A.2. Forma prawna działalności i forma własności²

19. Forma prawna działalności ³	20. Forma własności ³
<input type="checkbox"/> 1. Osoba fizyczna <input type="checkbox"/> 2. Spółka cywilna <input type="checkbox"/> 3. Spółka jawna <input type="checkbox"/> 4. Spółka komandytowa <input type="checkbox"/> 5. Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością <input type="checkbox"/> 6. Spółka akcyjna <input type="checkbox"/> 7. Przedsiębiorstwo państwowe <input type="checkbox"/> 8. Państwowa jednostka organizacyjna <input type="checkbox"/> 9. Samorządowa jednostka organizacyjna <input type="checkbox"/> 10. Spółdzielnia <input type="checkbox"/> 11. Stowarzyszenie <input type="checkbox"/> 12. Fundacja <input type="checkbox"/> 13. Organizacja społeczna <input type="checkbox"/> 14. Związek zawodowy <input type="checkbox"/> 15. Związek wyznaniowy <input type="checkbox"/> 16. Inna – jaka ?	<input type="checkbox"/> 1. Jednostka organizacyjna Skarbu Państwa <input type="checkbox"/> 2. Państwowa osoba prawna <input type="checkbox"/> 3. Jednostka samorządu terytorialnego <input type="checkbox"/> 4. Krajowa osoba fizyczna <input type="checkbox"/> 5. Inna krajowa jednostka prywatna <input type="checkbox"/> 6. Osoba zagraniczna

B. 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 ustawy

	Działania (1) ⁵		Działania (2) ⁵		Działania (3) ⁵	
	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie
I	21.	22.	23.	24.	25.	26.
II	27.	28.	29.	30.	31.	32.
III	33.	34.	35.	36.	37.	38.
IV	39.	40.	41.	42.	43.	44.
V	45.	46.	47.	48.	49.	50.
VI	51.	52.	53.	54.	55.	56.
VII	57.	58.	59.	60.	61.	62.
VIII	63.	64.	65.	66.	67.	68.
IX	69.	70.	71.	72.	73.	74.
X	75.	76.	77.	78.	79.	80.
XI	81.	82.	83.	84.	85.	86.
XII	87.	88.	89.	90.	91.	92.

² 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).

³ W częściach: A.2, B i D należy odpowiednio oznaczyć właściwy kwadrat znakiem „x”.

⁴ Należy uwzględnić wszystkie rodzaje działań na rzecz osób niepełnosprawnych.

⁵ Odpowiednio: działania (1), wymienione w polu 45, działania (2), wymienione w polu 46 i działania (3) wymienione w polu 47 informacji miesięcznej.

C. Wskaźniki

C.1. Wskaźniki zatrudnienia osób niepełnosprawnych

Wypełnia pracodawca zwolniony z wpłat na podstawie art. 21 ust. 2, 2a lub 2b ustawy

Miesiąc	Przeciętne zatrudnienie w miesiącu w osobach				Przeciętne zatrudnienie w miesiącu w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy				Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych <i>kolumny (7+8+9)/6</i>
	Ogółem	w tym osób niepełnosprawnych w stopniu:			Ogółem	w tym osób niepełnosprawnych w stopniu:			
		znacznym	umiarkowanym	lekkiem		znacznym	umiarkowanym	lekkiem	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
I	93.	94.	95.	96.	97.	98.	99.	100.	101.
II	102.	103.	104.	105.	106.	107.	108.	109.	110.
III	111.	112.	113.	114.	115.	116.	117.	118.	119.
IV	120.	121.	122.	123.	124.	125.	126.	127.	128.
V	129.	130.	131.	132.	133.	134.	135.	136.	137.
VI	138.	139.	140.	141.	142.	143.	144.	145.	146.
VII	147.	148.	149.	150.	151.	152.	153.	154.	155.
VIII	156.	157.	158.	159.	160.	161.	162.	163.	164.
IX	165.	166.	167.	168.	169.	170.	171.	172.	173.
X	174.	175.	176.	177.	178.	179.	180.	181.	182.
XI	183.	184.	185.	186.	187.	188.	189.	190.	191.
XII	192.	193.	194.	195.	196.	197.	198.	199.	200.

C.2. Wskaźniki wychowanków, uczniów lub słuchaczy⁶
Wypełnia pracodawca zwolniony z wpłat na podstawie art.21 ust. 2b ustawy

Miesiąc	Liczba wychowanków, uczniów, studentów lub słuchaczy uczących się lub studiujących w ramach ogólnie obowiązujących w danej jednostce regulaminów nauczania lub studiowania według stanu w roku ubiegłym		Wskaźniki osób niepełnosprawnych <i>kolumny 3/2</i>		Suma wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych i podwojonego wskaźnika wychowanków, uczniów, studentów lub słuchaczy będących osobami niepełnosprawnymi uczącymi się lub studiującymi w ramach ogólnie obowiązujących w danej jednostce regulaminów nauczania lub studiowania <i>kolumny 5 (z D.2.) +10 (z D.1.)</i>
	ogółem	w tym osób niepełnosprawnych	wskaźnik	podwojony wskaźnik	
1	2	3	4	5	6
I	201.	202.	203.	204.	205.
II	206.	207.	208.	209.	210.
III	211.	212.	213.	214.	215.
IV	216.	217.	218.	219.	220.
V	221.	222.	223.	224.	225.
VI	226.	227.	228.	229.	230.
VII	231.	232.	233.	234.	235.
VIII	236.	237.	238.	239.	240.
IX	241.	242.	243.	244.	245.
X	246.	247.	248.	249.	250.
XI	251.	252.	253.	254.	255.
XII	256.	257.	258.	259.	260.

⁶ Na podstawie sprawozdań odpowiednio S-01-S-18 według wzorów określonych w załączniku nr 1 do rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 grudnia 1999 r. 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 na rok 2000 (Dz. U. Nr 112, poz. 1318 oraz z 2000 r. Nr 23, poz. 292, Nr 38, poz. 421 i Nr 76, poz. 868).

D. Miesiące korzystania ze zwolnienia z wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Miesiąc	Tak	Nie	Podstawa prawna ⁷	Miesiąc	Tak	Nie	Podstawa prawna ⁷
Styczeń	261.	262.	263.	Lipiec	279.	280.	281.
Luty	264.	265.	266.	Sierpień	282.	283.	284.
Marzec	267.	268.	269.	Wrzesień	285.	286.	287.
Kwiecień	270.	271.	272.	Październik	288.	289.	290.
Maj	273.	274.	275.	Listopad	291.	292.	293.
Czerwiec	276.	277.	278.	Grudzień	294.	295.	296.

E. Oświadczenie pracodawcy lub upoważnionej osoby reprezentującej pracodawcę

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

297. Imię

298. Nazwisko

299. Telefon

300. Data wypełnienia formularza (dzień-miesiąc-rok)

|_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

301. Podpis (i pieczęć) pracodawcy

⁷ Należy podać wszystkie podstawy prawne zwolnienia.