

# DEK - II

## Deklaracja miesięcznych wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Podstawa prawna:	Art. 49 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
Składający:	Pracodawca, o którym mowa w art. 31 ust. 3 pkt 1 ustawy, zobowiązany do wpłat na Fundusz (PFRON).
Termin składania:	Do 20 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym zaistniały okoliczności powodujące powstanie obowiązku 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<sup>1</sup>

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. Informacje o deklaracji

11. Okres sprawozdawczy

1. Miesiąc	2. Rok
____	____

12. Deklaracja:

1. Zwykła       2. Korygująca

### C. Rozliczenie wpłat

#### C.1. Obliczenie kwoty należnej wpłaty

Kwota zwolnienia z podatku dochodowego od osób fizycznych	13. _____	Wpłata należna z tytułu zwolnienia z podatku dochodowego od osób fizycznych	14. _____ 0,1 x poz. 13
Kwota pozostałych zwolnień	15. _____	Wpłata należna z tytułu pozostałych zwolnień	16. _____ 0,1 x poz. 15
Wpłata należna	17. _____ poz. 14 + poz. 16		

#### C.2. Złagodzenie obowiązku wpłat<sup>2</sup> Wypełnia pracodawca, wobec którego zastosowano złagodzenie obowiązku wpłat na PFRON

18. Podstawa złagodzenia obowiązku wpłat	Data wydania i znak decyzji	Kwota złagodzenia obowiązku
<input type="checkbox"/> 1. Decyzja Prezesa Zarządu PFRON <input type="checkbox"/> 2. Decyzja Ministra Pracy i Polityki Społecznej <input type="checkbox"/> 3. Inna	19. _____	20. _____ ≤ poz. 17

#### C.3. Kwota do zapłaty

21. _____ poz. 17 – poz. 20
-----------------------------

### D. Uwagi

**Pouczenie:** W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. 21 lub wpłacenia jej w niepełnej wysokości niniejsza deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego, zgodnie z art. 26a ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz.U. z 1991 r. Nr 36, poz. 161, z 1992 r. Nr 20, poz. 78, z 1993 r. Nr 28, poz. 127, z 1995 r. Nr 85, poz. 426, z 1996 r. Nr 43, poz. 189 i Nr 146, poz. 680, z 1997 r. Nr 137, poz. 926 i Nr 141, poz. 943 i 944, z 1998 r. Nr 162, poz. 1126, z 2000 r. Nr 114, poz. 1193, Nr 120, poz. 1268 i Nr 122, poz. 1315 oraz z 2001 r. Nr 76, poz. 809).

DEK-II 1/2

<sup>1</sup> W przypadku składania deklaracji DEK-II po raz pierwszy oraz w przypadku zmian danych ewidencyjnych dołącza się również deklarację DEK-Z.

<sup>2</sup> Na podstawie art. 48 lub 67 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Ordynacja podatkowa (Dz.U. Nr 137, poz. 926 i Nr 160, poz. 1083, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, z 1999 r. Nr 11, poz. 95 i Nr 92, poz. 1062, z 2000 r. Nr 94, poz. 1037, Nr 116, poz. 1216, Nr 120, poz. 1268 i Nr 122, poz. 1315 oraz z 2001 r. Nr 16, poz. 166, Nr 39, poz. 459 i Nr 42, poz. 475).

**INFORMACJA UZUPEŁNIAJĄCA**

22. Numer w rejestrze PFRON

23. Okres sprawozdawczy

**E. Zatrudnienie osób niepełnosprawnych**

**E.1. Przeciętne zatrudnienie w osobach**

Zatrudnienie ogółem  w tym osób niepełnosprawnych ogółem

w tym osób niepełnosprawnych w stopniu:

znacznym	w tym:	
	chorzy na epilepsję upośledzeni umysłowo psychicznie chorzy	niewidomi niedowidzący
26. <input type="text"/>	27. <input type="text"/>	28. <input type="text"/>
umiarkowanym	w tym:	
	chorzy na epilepsję upośledzeni umysłowo psychicznie chorzy	niewidomi niedowidzący
29. <input type="text"/>	30. <input type="text"/>	31. <input type="text"/>
lekkim	w tym:	
	chorzy na epilepsję upośledzeni umysłowo psychicznie chorzy	niewidomi niedowidzący
32. <input type="text"/>	33. <input type="text"/>	34. <input type="text"/>

**E.2. Przeciętne zatrudnienie w miesiącu w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy**

Zatrudnienie ogółem  w tym etatów osób niepełnosprawnych ogółem

w tym etatów osób niepełnosprawnych w stopniu:

znacznym	w tym:	
	chorzy na epilepsję upośledzeni umysłowo psychicznie chorzy	niewidomi niedowidzący
37. <input type="text"/>	38. <input type="text"/>	39. <input type="text"/>
umiarkowanym	w tym:	
	chorzy na epilepsję upośledzeni umysłowo psychicznie chorzy	niewidomi niedowidzący
40. <input type="text"/>	41. <input type="text"/>	42. <input type="text"/>
lekkim	w tym:	
	chorzy na epilepsję upośledzeni umysłowo psychicznie chorzy	niewidomi niedowidzący
43. <input type="text"/>	44. <input type="text"/>	45. <input type="text"/>
<b>Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych</b>		46. <input type="text"/>

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

47. Data wypełnienia deklaracji  48. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej

**F. Adnotacje**