

Podstawa prawna:	Art. 26c ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
Składający:	Pracodawca, o którym mowa w art. 26a ustawy, składający informację INF-D po raz pierwszy oraz gdy dane zawarte w informacji INF-D-Z uległy zmianie.
Termin składania:	Do 20 dnia miesiąca następującego po miesiącu, 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 ¹				1. Numer pracodawcy w rejestrze PFRON _____	
2. REGON _____		3. NIP _____		4. PKD _____	
5. Pełna nazwa pracodawcy					
6. Skrócona nazwa pracodawcy					
7. Województwo			8. Miejscowość		
9. Kod pocztowy ____-____	10. Poczta	11. Ulica		12. Nr domu	13. Nr lokalu
14. Telefon ²		15. Faks ²		16. E-mail	
				17. Identyfikator adresu pracodawcy ³ _____	
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	
23. Telefon ²		24. Faks ²		25. E-mail	
				21. Nr domu	
				22. Nr lokalu	

B. Dane o informacji¹

26. Informacja ⁴		27. Numer kolejny załącznika		28. Załącznik do informacji INF-D za okres	
<input type="checkbox"/> 1. Zgłoszeniowa <input type="checkbox"/> 2. Aktualizacyjna		_____		1. Miesiąc ____	
				2. Rok ____	

C. Osoba odpowiedzialna za kontakty z PFRON¹

29. Imię		30. Nazwisko			
31. Telefon ²		32. Faks ²		33. E-mail	

D. Organ rejestrowy¹

34. Pełna nazwa organu rejestrowego ⁵	
35. Nazwa rejestru	
36. Data rejestracji ____-____-____	37. Numer w rejestrze

¹ Należy wypełnić wyraźnie piśmem maszynowym lub ręcznie drukowanymi literami czarnym lub niebieskim kolorem.

² Należy podać także numer kierunkowy.

³ Należy podać siedmiocyfrowy kod stosownie do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 15 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia, stosowania i udostępniania krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju oraz związanych z tym obowiązków organów administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego (Dz.U. Nr 157, poz.1031, z 2000 r. Nr 13, poz. 161, z 2001r. Nr 12, poz. 100 i Nr 157, poz. 1840, z 2002 r. Nr 177, poz. 1459, z 2003 r. Nr 208, poz.2022 oraz z 2004 r. Nr 254, poz. 2535).

⁴ Należy w odpowiednich polach wstawić znak X.

⁵ Dotyczy także organów wydających koncesje, zezwolenia, pozwolenia.

E. Dodatkowe informacje o pracodawcy¹

38. Forma prawna działalności		39. Forma własności ⁶	40. Wielkość pracodawcy
1. Pracodawcy ⁶ _ _	2. Przedsiębiorcy ⁷ _ _	_	_
41. Typ pracodawcy			
<input type="checkbox"/> 1. Zatrudniający do 25 pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy		<input type="checkbox"/> 4. Przedsiębiorca ⁸ zatrudniający do 25 pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy	
<input type="checkbox"/> 2. Zatrudniający co najmniej 25 pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy i osiągnący wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych w wysokości co najmniej 6%		<input type="checkbox"/> 5. Przedsiębiorca ⁸ zatrudniający co najmniej 25 pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy i osiągnący wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych w wysokości co najmniej 6%	
<input type="checkbox"/> 3. Prowadzący zakład pracy chronionej		<input type="checkbox"/> 6. Przedsiębiorca ⁸ prowadzący zakład pracy chronionej	

F. Status zakładu pracy chronionej¹*Wypełnia pracodawca prowadzący zakład pracy chronionej*

42. Podstawa uzyskania lub utraty statusu	43. Rodzaj decyzji	44. Data wydania decyzji	_ _ _ - _ - _
<input type="checkbox"/> 1. Decyzja Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych	<input type="checkbox"/> 1. Przyznająca status	45. Znak decyzji	
<input type="checkbox"/> 2. Decyzja wojewody	<input type="checkbox"/> 2. Stwierdzająca utratę statusu	46. Data uzyskania/ utraty statusu	_ _ _ - _ - _

G. Rachunek bankowy pracodawcy, na który będzie przekazywane miesięczne dofinansowanie do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych¹

47. Nazwa banku	48. Pełny numer rachunku bankowego

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

49. Data wypełnienia informacji	50. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej
_ _ _ - _ - _	

H. Uwagi

--

INF-D-Z 2/2

⁶ Należy wpisać odpowiedni kod stosownie do 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, z 2001 r. Nr 12, poz. 99 oraz z 2003 r. Nr 221, poz. 2195).

⁷ Należy wpisać odpowiedni kod stosownie do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 12 listopada 2002 r. w sprawie sprawozdań pozwalających na nadzorowanie pomocy publicznej dla przedsiębiorców oraz sprawozdań o zaległościach przedsiębiorców we wpłatach środków publicznych (Dz.U. Nr 196, poz. 1656).

⁸ Dotyczy przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej.