

2330**ROZPORZĄDZENIE MINISTRA GOSPODARKI, PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ¹⁾**

z dnia 30 grudnia 2003 r.

w sprawie dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych

Na podstawie art. 26c ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123, poz. 776, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) szczegółowe warunki i tryb przekazywania oraz rozliczania miesięcznego dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych;
- 2) wzór miesięcznych informacji o wynagrodzeniach, zatrudnieniu i stopniach niepełnosprawności pracowników niepełnosprawnych, z uwzględnieniem pracowników, u których stwierdzono chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe lub epilepsję, oraz pracowników niewidomych;
- 3) wzór wniosku o wypłatę miesięcznego dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych;
- 4) wzór rozliczenia miesięcznego dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych za okres roczny;
- 5) tryb uzgodnienia salda przysługującego miesięcznego dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych;
- 6) warunki, jakie muszą spełniać pracodawcy, przekazując dokumenty w formie elektronicznej przez teletransmisję danych.

§ 2. Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, zwany dalej „Funduszem”, przekazuje pracodawcy kwoty miesięcznego dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych, zwanego dalej „dofinansowaniem”, ustalone na podstawie:

- 1) danych dotyczących wynagrodzeń, zatrudnienia i stopni niepełnosprawności pracowników niepełnosprawnych przedstawionych przez pracodawcę w informacji o wynagrodzeniach, zatrudnieniu i stopniach niepełnosprawności pracowników niepełnosprawnych (INF-D), zwanej dalej „informacją”, której wzór jest określony w załączniku nr 1 do rozporządzenia;
- 2) kwoty dofinansowania wykazanej przez pracodawcę we wniosku o wypłatę miesięcznego dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych (Wn-D), zwanego dalej „wnioskiem”, którego wzór jest określony w załączniku nr 2 do rozporządzenia;
- 3) zgromadzonych przez Fundusz danych o pracodawcach i pracownikach;
- 4) uzgodnienia salda przysługującego dofinansowania.

§ 3. 1. Fundusz sprawdza informacje i wnioski pod względem rachunkowym oraz formalnym, wykorzystując zgromadzone dane o pracodawcach i pracownikach.

2. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w informacjach lub wnioskach Fundusz informuje o nich pracodawcę i wzywa do ich usunięcia w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania.

3. Niezachowanie przez pracodawcę terminu, o którym mowa w ust. 2, powoduje pozostawienie informacji lub wniosku bez rozpatrzenia.

4. Wezwanie pracodawcy do usunięcia nieprawidłowości, o którym mowa w ust. 2, przerywa bieg terminu do przekazania przez Fundusz informacji o saldzie przysługującego dofinansowania.

§ 4. 1. W przypadku gdy ustalona przez Fundusz kwota dofinansowania jest równa kwocie dofinansowania wykazanej we wniosku pracodawcy, Fundusz przesyła pracodawcy informację o wysokości salda przysługującego dofinansowania wraz z informacją o uzgodnieniu salda.

2. W przypadku gdy ustalona przez Fundusz kwota dofinansowania jest inna niż kwota dofinansowania wykazana we wniosku pracodawcy, Fundusz przesyła pracodawcy informację o ustalonej przez siebie kwocie dofinansowania wraz z dokładną informacją o sposobie ustalenia tej kwoty oraz wzywa pracodawcę do wyjaśnienia niezgodności w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania.

¹⁾ Minister Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej kieruje działem administracji rządowej — zabezpieczenie społeczne, na podstawie § 1 ust. 2 pkt 5 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 7 stycznia 2003 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej (Dz. U. Nr 1, poz. 5).

²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1997 r. Nr 160, poz. 1082, z 1998 r. Nr 99, poz. 628, Nr 106, poz. 668, Nr 137, poz. 887, Nr 156, poz. 1019 i Nr 162, poz. 1118 i 1126, z 1999 r. Nr 49, poz. 486, Nr 90, poz. 1001, Nr 95, poz. 1101 i Nr 111, poz. 1280, z 2000 r. Nr 48, poz. 550 i Nr 119, poz. 1249, z 2001 r. Nr 39, poz. 459, Nr 100, poz. 1080, Nr 125, poz. 1368, Nr 129, poz. 1444 i Nr 154, poz. 1792 i 1800, z 2002 r. Nr 169, poz. 1387, Nr 200, poz. 1679 i 1683 i Nr 241, poz. 2074 oraz z 2003 r. Nr 7, poz. 79, Nr 90, poz. 844, Nr 223, poz. 2217 i Nr 228, poz. 2262).

3. Niezachowanie terminu, o którym mowa w ust. 2, powoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.

4. W terminie 3 dni od dnia uzyskania wyjaśnień, o których mowa w ust. 2, saldo przysługującego dofinansowania uznaje się za uzgodnione, jeżeli kwoty dofinansowania ustalone przez Fundusz i pracodawcę są takie same.

5. W przypadku, o którym mowa w ust. 4, Fundusz przesyła pracodawcy informację o uzgodnieniu salda przysługującego dofinansowania w terminie 3 dni od dnia uzgodnienia salda.

§ 5. Fundusz przekazuje kwoty dofinansowania w uzgodnionej wysokości na rachunek bankowy wskazany przez pracodawcę w informacji.

§ 6. 1. Jeżeli dofinansowanie zostało wypłacone pracodawcy w wysokości wyższej od należnej, pracodawca informuje Fundusz o wysokości nienależnie pobranej kwoty dofinansowania oraz dokonuje zwrotu tej kwoty w terminie 14 dni od dnia jej ujawnienia, wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych.

2. Jeżeli dofinansowanie zostało wypłacone pracodawcy w wysokości niższej od należnej, pracodawca może poinformować Fundusz o wysokości kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy kwotą należną a kwotą wypłaconą pracodawcy oraz złożyć wniosek o wypłatę tej kwoty wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, nie później niż na 14 dni przed dniem dokonania rocznego rozliczenia kwot dofinansowania.

3. Przepisy § 3 ust. 1—3 i § 4 ust. 1—4 stosuje się odpowiednio.

§ 7. 1. Pracodawca dokonując rozliczenia dofinansowania za okres roczny, postępuje się w szczególności danymi zawartymi w informacjach i wnioskach oraz w rozliczeniu miesięcznego dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych za okres roczny (INF-D-R), którego wzór jest określony w załączniku nr 3 do rozporządzenia.

2. Przepisy § 3 ust. 1—3 stosuje się odpowiednio.

§ 8. 1. W terminie 30 dni przed dniem przekazania po raz pierwszy informacji w formie elektronicznej pracodawca przesyła Funduszowi w formie dokumentu pisemnego:

1) dane o pracodawcy zawierające:

a) pełną i skróconą nazwę pracodawcy,

b) numery: REGON, NIP i PKD,

c) adres pracodawcy wraz z identyfikatorem jednostek podziału terytorialnego właściwym dla siedziby pracodawcy, 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 późn. zm.³⁾),

d) adres do korespondencji,

e) imię, nazwisko, numery telefonu i faksu oraz adres poczty elektronicznej osoby odpowiedzialnej za kontakty z Funduszem;

2) aktualne zaświadczenia lub inne dokumenty potwierdzające dane, o których mowa w pkt 1, wystawione nie wcześniej niż na 6 miesięcy przed dniem przesłania tych danych;

3) upoważnienie osoby przysyłającej dane, zaświadczenia lub dokumenty, o których mowa w pkt 1 i 2, do występowania w imieniu pracodawcy.

2. Po przesłaniu danych i zaświadczeń lub dokumentów oraz upoważnienia, o których mowa w ust. 1, jednak nie później niż na 14 dni przed dniem złożenia informacji po raz pierwszy, pracodawca odbiera od Funduszu identyfikator oraz hasło dostępu do programu informatycznego.

§ 9. 1. Pracodawca, który przekazuje informacje lub wnioski w formie elektronicznej za pomocą programu informatycznego udostępnionego przez Fundusz pracodawcom, służącego do składania Zarządowi Funduszu dokumentów w formie elektronicznej, uwierzytelnia te dokumenty podpisem elektronicznym, postępując się, zgodnie z przepisami o podpisie elektronicznym, kwalifikowanym certyfikatem albo certyfikatem dostarczonym przez Fundusz.

2. Pracodawca, o którym mowa w ust. 1:

1) rejestruje w programie informatycznym certyfikat, o którym mowa w ust. 1;

2) niezwłocznie informuje Fundusz o:

a) rezygnacji ze składania dokumentów w formie elektronicznej,

b) utracie lub podejrzeniu ujawnienia danych służących do składania podpisu elektronicznego,

c) unieważnieniu lub zawieszeniu kwalifikowanego certyfikatu.

§ 10. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2004 r.

Minister Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej:
w z. *J. Banach*

³⁾ Zmiany wymienionego rozporządzenia zostały ogłoszone w Dz. U. z 2000 r. Nr 13, poz. 161, z 2001 r. Nr 12, poz. 100 i Nr 157, poz. 1840, z 2002 r. Nr 177, poz. 1459 oraz z 2003 r. Nr 208, poz. 2022.

Załączniki do rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 30 grudnia 2003 r. (poz. 2330)

Załącznik nr 1

WZÓR

INF – D Informacja o wynagrodzeniach, zatrudnieniu i stopniach niepełnosprawności pracowników niepełnosprawnych

Podstawa prawna:	Art. 26c ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, zwanej dalej „ustawą”.
Składający:	Pracodawca, o którym mowa w art. 26a ustawy, któremu przysługuje miesięczne dofinansowanie do wynagrodzeń osób niepełnosprawnych ze środków PFRON.
Termin składania:	Do dnia 14 miesiąca następującego po miesiącu, którego informacja dotyczy.
Adresat:	Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Al. Jana Pawła II 13, 00-628 Warszawa.

A. Dane ewidencyjne pracodawcy¹

Nazwa i adres pracodawcy					1. Numer w rejestrze PFRON _____	
2. REGON _____			3. NIP _____			
4. Skrócona nazwa pracodawcy _____						
5. Kod pocztowy _____	6. Miejscowość _____		7. Ulica _____		8. Nr domu _____	9. Nr lokalu _____
10. Telefon ² _____		11. Faks ² _____		12. E-mail _____		

B. Dane o informacji¹

13. Okres sprawozdawczy		14. Informacja ³		15. Liczba załączników do INF-D	
1. Miesiąc _____	2. Rok _____	<input type="checkbox"/> 1. Zwykła <input type="checkbox"/> 2. Korygująca		1. INF-D-Z _____	2. INF-D-P _____

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

16. Data wypełnienia informacji
_____-_____-_____
17. Imię, nazwisko i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej

C. Uwagi

INF-D 1/1

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

² Podać także numer kierunkowy.

³ W odpowiednim polu wstawić znak X.

INF – D – Z

Załącznik nr 1 do informacji – INF-D

Podstawa prawna:	Art. 26c ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, zwanej dalej „ustawą”.
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 14 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 pracodawcy¹		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. Telefon²	15. Faks²	16. E-mail	17. Identyfikator adresu pracodawcy³ _____

A.2. Adres do korespondencji *Wypełnia pracodawca mający inny adres korespondencyjny niż adres wykazany w bloku A.1.*

18. Kod pocztowy ____-____	19. Miejscowość	20. Ulica	21. Nr domu 22. Nr lokalu
23. Telefon²	24. Faks²	25. E-mail	

B. Dane o informacji¹

26. Informacja⁴ <input type="checkbox"/> 1. Zgłoszeniowa <input type="checkbox"/> 2. Aktualizacyjna	27. Numer kolejny załącznika _____	28. Załącznik do informacji INF-D za okres	
		1. Miesiąc ____	2. Rok ____

C. Osoba odpowiedzialna za kontakty z PFRON¹

29. Imię		30. Nazwisko	
31. Telefon²	32. Faks²	33. E-mail	

D. Organ rejestrowy¹

34. Pełna nazwa organu rejestrowego⁵ _____	
35. Nazwa rejestru _____	
36. Data rejestracji ____-____-____	37. Numer w rejestrze

INF-D-Z 1/2

¹ Należy wypełnić wyraźnie piśmem maszynowym lub ręcznie drukowanymi literami czarnym lub niebieskim kolorem.² Należy podać także numer kierunkowy.³ Należy podać siedmocyfrowy 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 tymi obowiązkami organów administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego (Dz.U. Nr 157, poz. 1031, z 2000 r. Nr 13, poz. 161, z 2001 r. Nr 12, poz. 100 i Nr 157, poz. 1840, z 2002 r. Nr 177, poz. 1459 oraz z 2003 r. Nr 208, poz. 2022).⁴ Należy w odpowiednich polach wstawić znak X.⁵ Dotyczy także organów wydających koncesje, zezwolenia, pozwolenia.

E. Dodatkowe informacje o pracodawcy¹

38. Forma prawna działalności⁶	39. Forma własności³	40. Wielkość pracodawcy
_____	_____	_____
41. Typ pracodawcy		
<input type="checkbox"/> 1. 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 osągający wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych w wysokości co najmniej 6% <input type="checkbox"/> 3. 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"/> 2. Decyzja wojewody	<input type="checkbox"/> 1. Przyznająca status <input type="checkbox"/> 2. Stwierdzająca utratę statusu	45. Znak decyzji	_____
		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).

INF – D – P

Załącznik nr 2 do informacji – INF-D

Podstawa prawna:	Art. 26c ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, zwanej dalej „ustawą”.
Składający:	Pracodawca, o którym mowa w art. 26a ustawy, któremu przysługuje miesięczne dofinansowanie do wynagrodzeń osób niepełnosprawnych ze środków PFRON.
Termin składania:	Do 14 dnia miesiąca następującego po miesiącu, którego informacja dotyczy.
Adresat:	Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.

A. Dane ewidencyjne i adres pracownika¹		1. Numer pracodawcy w rejestrze PFRON _____	2. PESEL _____
3. Numer dowodu osobistego ²	4. NIP _____	5. Nazwisko _____	
6. Pierwsze imię _____		7. Drugie imię _____	
8. Województwo _____		9. Powiat _____	
10. Gmina _____		11. Miejscowość _____	
12. Kod pocztowy ____-____	13. Poczta _____	14. Ulica _____	15. Nr domu ____
16. Nr lokalu ____			
17. Miejsce zamieszkania ³	18. Wykonywany zawód lub specjalność ⁴ _____	19. Poziom wykształcenia ⁵ _____	20. Płeć <input type="checkbox"/> 1. Kobieta <input type="checkbox"/> 2. Męczyzna
<input type="checkbox"/> 1. Miasto <input type="checkbox"/> 2. Wieś			

B. Dane o informacji¹		
21. Okres sprawozdawczy	22. Informacja ²	23. Numer kolejny załącznika do INF-D _____
1. Miesiąc ____	2. Rok ____	<input type="checkbox"/> 1. Zwyczajna <input type="checkbox"/> 2. Korygująca

C. Informacja o stopniu niepełnosprawności, zatrudnieniu i wynagrodzeniu¹									
	Pracownik w okresie zatrudnienia u pracodawcy prowadzącego zakład pracy chronionej			Pracownik, u którego stwierdzono chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe lub epilepsję, oraz pracownik będący osobą niewidomą, w okresie zatrudnienia u pracodawcy nieprowadzącego zakładu pracy chronionej			Pracownik w okresie zatrudnienia u pracodawcy nieprowadzącego zakładu pracy chronionej		
Stopień niepełnosprawności	znaczny	umiarkowany	lekki	znaczny	umiarkowany	lekki	znaczny	umiarkowany	lekki
Przeciętny miesięczny wymiar czasu pracy ⁶	24. _____	25. _____	26. _____	27. _____	28. _____	29. _____	30. _____	31. _____	32. _____
Okres zatrudnienia	35. Rozwiązanie stosunku pracy ⁷			36. Zatrudnienie ³			37. Prawna podstawa zatrudnienia ³		
od dnia ____-____-____	<input type="checkbox"/> 1. Powoduje obowiązek wpłaty, o której mowa w art. 23 ustawy <input type="checkbox"/> 2. Nie powoduje obowiązku wpłaty, o której mowa w art. 23 ustawy			<input type="checkbox"/> 1. Na czas określony <input type="checkbox"/> 2. Na czas nieokreślony			<input type="checkbox"/> 1. Umowa o pracę, spółdzielcza umowa o pracę, powołanie, wybór, mianowanie <input type="checkbox"/> 2. Umowa o pracę nakładczą <i>w zakładzie pracy chronionej</i>		
do dnia ____-____-____									
Wynagrodzenia:	38. _____			Kwoty pomniejszeń dofinansowania i dofinansowania po pomniejszeniach:			kwota ustalona na podstawie art. 26a ust. 1-3 ustawy ⁸		
osiągane ⁹	39. _____			składki na ZUS ¹⁰			kwota po pomniejszeniu o składki na ZUS sfinansowane przez PFRON ¹¹		
wypłacone ⁹	40. _____			inne ¹³			kwota po pozostałych pomniejszeniach ¹⁴		
minimalne ¹²	41. _____			42. _____			43. _____		
	44. _____			45. _____			46. _____		
Należne kwoty dofinansowania:	dofinansowanie ¹⁵			46. _____			kwota do przekazania na ZFRON ¹⁶		
	47. _____			47. _____			47. _____		

INF-D-P 1/1

¹ Należy wypełnić wyraźnie piśmem maszynowym lub ręcznie drukowanymi literami czarnym lub niebieskim kolorem.² Albo numer innego dokumentu potwierdzającego tożsamość. Poz. 3 należy wypełnić wyłącznie w przypadku, gdy pracownik nie posiada numeru PESEL.³ W odpowiednich polach należy wstawić znak x.⁴ Należy wpisać kod stosownie do załącznika do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 10 grudnia 2002 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz.U. Nr 222, poz. 1868).⁵ Należy podać jednocyfrowy kod wykształcenia „W” określony w załączniku nr 8 do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 6 maja 2003 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Edukacji (Dz.U. Nr 98, poz. 895).⁶ Przeciętny miesięczny wymiar czasu pracy ustala się jako iloczyn wymiaru czasu pracy pracownika oraz ilorazu liczby dni pozostawiania w zatrudnieniu u pracodawcy i liczby dni w okresie sprawozdawczym.⁷ Dotyczy rozwiązania stosunku pracy, które nastąpiło w okresie sprawozdawczym.⁸ Poz. 43 = poz. 40 × [1,3 × (poz. 24 × 1 + poz. 27 × 0,9 + poz. 30 × 0,7) + 1,1 × (poz. 25 × 1 + poz. 28 × 0,9 + poz. 31 × 0,7) + 0,5 × (poz. 26 × 1 + poz. 29 × 0,9 + poz. 32 × 0,7)]⁹ Należy wykazać odpowiednie kwoty w poz. 38 i 39, jeżeli wynagrodzenie zostało wypłacone do dnia złożenia informacji¹⁰ Sfinansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w szczególności na podstawie art. 25 ust. 2-3a ustawy.¹¹ Jeżeli poz. 43 > poz. 38, to poz. 44 = poz. 43 × (1 - poz. 41 / poz. 38), a jeżeli poz. 43 > poz. 38, to poz. 44 = poz. 43 - poz. 41.¹² Minimalne wynagrodzenie za pracę obowiązujące w grudniu roku poprzedniego.¹³ Należy wykazać w szczególności kwoty finansowania lub refundacji ze środków PFRON części lub całości wynagrodzenia pracownika, jeżeli kwoty te nie zostały wykazane w poz. 41.¹⁴ Jeżeli poz. 38 - poz. 41 ≤ poz. 42 + poz. 44, to poz. 45 = poz. 38 - poz. 41 - poz. 42, a jeżeli poz. 38 - poz. 41 > poz. 42 + poz. 44, to poz. 45 = poz. 44¹⁵ Jeżeli poz. 45 ≤ poz. 38, to poz. 46 = poz. 45, a jeżeli poz. 45 > poz. 38, to poz. 46 = [poz. 39 × (poz. 27 + poz. 28 + poz. 29 + poz. 30 + poz. 31 + poz. 32) + poz. 45 × (poz. 24 + poz. 25 + poz. 26)] / (poz. 24 + poz. 25 + poz. 26 + poz. 27 + poz. 28 + poz. 29 + poz. 30 + poz. 31 + poz. 32).¹⁶ Poz. 47 = (poz. 44 - poz. 38 + poz. 41) × (poz. 24 + poz. 25 + poz. 26) / (poz. 24 + poz. 25 + poz. 26 + poz. 27 + poz. 28 + poz. 29 + poz. 30 + poz. 31 + poz. 32). Jeżeli poz. 47 < 0, należy wpisać 0.

WZÓR

Wn – D Wniosek o wypłatę miesięcznego dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych

Podstawa prawna:	Art. 26c ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, zwanej dalej „ustawą”.
Składający:	Pracodawca, o którym mowa w art. 26a ustawy, któremu przysługuje miesięczne dofinansowanie do wynagrodzeń osób niepełnosprawnych ze środków PFRON.
Termin składania:	Do 14 dnia miesiąca następującego po miesiącach, których wniosek dotyczy.
Adresat:	Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.

A. Dane ewidencyjne pracodawcy

Nazwa i adres pracodawcy¹		1. Numer w rejestrze PFRON _____		
2. REGON _____		3. NIP _____		
4. Skrócona nazwa pracodawcy _____				
5. Kod pocztowy ____-____	6. Miejscowość _____	7. Ulica _____	8. Nr domu _____	9. Nr lokalu _____
10. Telefon² _____		11. Faks² _____		12. E-mail _____

B. Wniosek o wypłatę miesięcznego dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych¹

13. Za okres sprawozdawczy			14. Wniosek³	
1. Miesiąc (1) ____	2. Miesiąc (2) ____	3. Rok ____	<input type="checkbox"/> 1. Zwykły <input type="checkbox"/> 2. Korygujący <input type="checkbox"/> 3. O przedłużeniu okresu wypłacania dofinansowania	
15. Należna kwota dofinansowania				
1. Za miesiąc (1) ____,____		2. Za miesiąc (2) ____,____		3. Ogółem ____,____

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Nie posiadam zaległości w zobowiązaniach wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

16. Data wypełnienia wniosku ____-____-____	17. Imię, nazwisko i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej _____
---	---

C. Uwagi

--

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

² Podać także numer kierunkowy.

³ W odpowiednim polu wstawić znak X.

WZÓR

INF – D – R Rozliczenie miesięcznego dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych za okres roczny

Podstawa prawna:	Art. 26c ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, zwanej dalej „ustawą”.
Składający:	Pracodawca, o którym mowa w art. 26a ustawy, który w okresie sprawozdawczym złożył informację IND-D.
Termin składania:	Do 15 lutego roku następującego po roku, którego rozliczenie dotyczy.
Adresat:	Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.

A. Dane ewidencyjne pracodawcy¹

Nazwa i adres pracodawcy		1. Numer w rejestrze PFRON _____		
2. REGON _____		3. NIP _____		
4. Skrócona nazwa pracodawcy _____				
5. Kod pocztowy _____	6. Miejscowość _____	7. Ulica _____	8. Nr domu _____	9. Nr lokalu _____
10. Telefon ² _____		11. Faks ² _____		12. E-mail _____

B. Dane o informacji¹

13. Załącznik do informacji za okres sprawozdawczy		14. Informacja ³	15. Numer kolejny załącznika INF-D-R
1. Miesiąc _____	2. Rok _____	<input type="checkbox"/> 1. Zwykła <input type="checkbox"/> 2. Korygująca	_____

C. Informacja o wynagrodzeniach i zatrudnieniu¹**C.1. Kwoty dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych**

M-c	nałężne	uzyskane ze środków Funduszu	do przekazania na ZFRON ⁴	przekazane na ZFRON ⁴
1	16. _____	17. _____	18. _____	19. _____
2	20. _____	21. _____	22. _____	23. _____
3	24. _____	25. _____	26. _____	27. _____
4	28. _____	29. _____	30. _____	31. _____
5	32. _____	33. _____	34. _____	35. _____
6	36. _____	37. _____	38. _____	39. _____
7	40. _____	41. _____	42. _____	43. _____
8	44. _____	45. _____	46. _____	47. _____
9	48. _____	49. _____	50. _____	51. _____
10	52. _____	53. _____	54. _____	55. _____
11	56. _____	57. _____	58. _____	59. _____
12	60. _____	61. _____	62. _____	63. _____

INF-D-R 1/2

¹ Należy wypełnić wyraźnie piśmem maszynowym lub ręcznie drukowanymi literami czarnymi lub niebieskim kolorem.² Podać także numer kierunkowy.³ W odpowiednim polu wstawić znak X.⁴ Dotyczy wyłącznie środków przekazywanych na zakładowy fundusz rehabilitacji osób niepełnosprawnych na podstawie art. 33 ust. 3 pkt 2 ustawy.

C.2. Informacje o wykorzystaniu kwot dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych		C.3. Zatrudnienie ⁵		
M-c	Kwota nienależnie pobranego dofinansowania	Kwota nienależnie pobranego dofinansowania zwróconego Funduszowi	Ogółem	Osób niepełnosprawnych zatrudnionych na podstawie umowy o pracę nakładczą w zakładzie pracy chronionej
1	64. _____, ____	65. _____, ____	66. _____, ____	67. _____, ____
2	68. _____, ____	69. _____, ____	70. _____, ____	71. _____, ____
3	72. _____, ____	73. _____, ____	74. _____, ____	75. _____, ____
4	76. _____, ____	77. _____, ____	78. _____, ____	79. _____, ____
5	80. _____, ____	81. _____, ____	82. _____, ____	83. _____, ____
6	84. _____, ____	85. _____, ____	86. _____, ____	87. _____, ____
7	88. _____, ____	89. _____, ____	90. _____, ____	91. _____, ____
8	92. _____, ____	93. _____, ____	94. _____, ____	95. _____, ____
9	96. _____, ____	97. _____, ____	98. _____, ____	99. _____, ____
10	100. _____, ____	101. _____, ____	102. _____, ____	103. _____, ____
11	104. _____, ____	105. _____, ____	106. _____, ____	107. _____, ____
12	108. _____, ____	109. _____, ____	110. _____, ____	111. _____, ____

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

112. Data wypełnienia informacji

____-____-____

113. Imię, nazwisko i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej

D. Uwagi

⁵ Należy podać przeciętne miesięczne zatrudnienie w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy.