

231

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ¹⁾

z dnia 18 lutego 2011 r.

w sprawie ustalenia wzorów deklaracji składanych Zarządowi Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przez pracodawców zobowiązanych do wpłat na ten Fundusz

Na podstawie art. 49 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2010 r. Nr 214, poz. 1407, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Określa się wzory miesięcznych deklaracji składanych przez pracodawców zobowiązanych do wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych:

- 1) wzór deklaracji DEK-I-0 dotyczącej wpłat należnych na podstawie art. 21 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, zwanej dalej „ustawą”, stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia;
- 2) wzór deklaracji DEK-I-a dotyczącej wpłat należnych na podstawie art. 21 ust. 2a i 2g ustawy, stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia;
- 3) wzór deklaracji DEK-I-b dotyczącej wpłat należnych na podstawie art. 21 ust. 2b i 2g ustawy, stanowiący załącznik nr 3 do rozporządzenia.

2. Określa się wzór deklaracji DEK-II-a dotyczącej wpłat należnych na podstawie art. 33 ust. 4a, 4c, 7 i 7a ustawy, art. 38 ust. 2 pkt 1 lit. a tiret pierwsze ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2010 r. Nr 51, poz. 307, z późn. zm.³⁾), zwanej dalej „ustawą o podatku dochodowym od osób fizycznych”, stanowiący załącznik nr 4 do rozporządzenia.

3. Określa się wzór deklaracji DEK-II-b dotyczącej wpłat należnych na podstawie art. 29 ust. 3a¹, 3b i 3c ustawy, stanowiący załącznik nr 5 do rozporządzenia.

¹⁾ Minister Pracy i Polityki Społecznej kieruje działem administracji rządowej — zabezpieczenie społeczne, na podstawie § 1 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Pracy i Polityki Społecznej (Dz. U. Nr 216, poz. 1598).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2010 r. Nr 217, poz. 1427, Nr 226, poz. 1475, Nr 238, poz. 1578, Nr 254, poz. 1700 i Nr 257, poz. 1726.

³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2010 r. Nr 57, poz. 352, Nr 75, poz. 473, Nr 105, poz. 655, Nr 149, poz. 996, Nr 182, poz. 1228, Nr 219, poz. 1442, Nr 226, poz. 1475 i 1478 i Nr 257, poz. 1725.

4. Określa się wzór deklaracji DEK-W dotyczącej wpłat należnych na podstawie art. 23 ustawy, stanowiący załącznik nr 6 do rozporządzenia.

5. Określa się wzór rocznej deklaracji DEK-R dotyczącej wpłat należnych na podstawie art. 21 ust. 1, 2a, 2b i 2g, art. 23, art. 29 ust. 3a¹, 3b i 3c, art. 33 ust. 4a, 4c, 7 i 7a ustawy oraz art. 38 ust. 2 pkt 1 lit. a tiret pierwsze ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, stanowiący załącznik nr 7 do rozporządzenia.

6. Określa się wzór deklaracji DEK-Z dotyczącej danych ewidencyjnych pracodawców zobowiązanych do wpłat na podstawie art. 21 ust. 1, 2a, 2b i 2g, art. 23, art. 29 ust. 3a¹, 3b i 3c, art. 33 ust. 4a, 4c, 7 i 7a ustawy oraz art. 38 ust. 2 pkt 1 lit. a tiret pierwsze ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, stanowiący załącznik nr 8 do rozporządzenia.

§ 2. Pracodawcy składają deklaracje, według wzorów określonych w § 1, przez teletransmisję danych w formie dokumentu elektronicznego, w odniesieniu do wpłat należnych za okresy począwszy od miesiąca stycznia 2011 r.

§ 3. Do dnia 30 czerwca 2011 r. pracodawcy stosują wzory formularzy określone rozporządzeniem Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 6 czerwca 2003 r. w sprawie ustalenia wzorów deklaracji składanych Zarządowi Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przez pracodawców zobowiązanych do wpłat na ten Fundusz (Dz. U. Nr 105, poz. 989). Deklaracje korygujące te dokumenty pracodawcy składają w terminie do dnia 20 lipca 2011 r. na formularzach określonych w niniejszym rozporządzeniu.

§ 4. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.⁴⁾

Minister Pracy i Polityki Społecznej: *J. Fedak*

⁴⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 6 czerwca 2003 r. w sprawie ustalenia wzorów deklaracji składanych Zarządowi Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przez pracodawców zobowiązanych do wpłat na ten Fundusz (Dz. U. Nr 105, poz. 989), które utraciło moc z dniem 1 stycznia 2011 r. na podstawie art. 1 pkt 21 ustawy z dnia 29 października 2010 r. o zmianie ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 226, poz. 1475).

Załączniki do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 lutego 2011 r. (poz. 231)

Załącznik nr 1

WZÓR

DEK-I-0

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. 21 ust. 1 ustawy, zobowiązany do wpłaty na Fundusz (PFRON).
Termin składania: Do 20 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym zaistniały okoliczności powodujące powstanie obowiązku wpłaty.
Adresat: Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.

A. Dane ewidencyjne pracodawcy ¹						1. Numer w rejestrze PFRON ² _____	
2. NIP ³ _____		3. REGON ³ _____		4. Pełna nazwa _____			
5. Ulica _____			6. Nr domu _____	7. Nr lokalu _____	8. Miejscowość _____		
9. Kod pocztowy ____-____		10. Poczta _____		11. Telefon ⁴ _____		12. Faks ⁴ _____	13. E-mail _____
B. Dane o deklaracji				14. Okres sprawozdawczy ⁵		15. Deklaracja ⁶	
				1. Miesiąc ____	2. Rok ____	<input type="checkbox"/> 1. Zwykła <input type="checkbox"/> 2. Korygująca	
C. Dane o zatrudnieniu (w etatach) ^{7,8}							
Zatrudnienie ogółem		16. _____		w tym etatów osób niepełnosprawnych ogółem			17. _____
w tym etatów osób niepełnosprawnych w stopniu:		znacznym ze szczególnymi schorzeniami ⁹		pozostali		umiarkowanym ze szczególnymi schorzeniami ⁹	
		18. _____	19. _____	20. _____	21. _____	lekki	
		22. _____	23. _____	Liczba pracowników odpowiadająca różnicy między zatrudnieniem zapewniającym osiągnięcie wymaganego wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych a rzeczywistym zatrudnieniem osób niepełnosprawnych ¹⁰			
D. Rozliczenie wpłaty ⁸							
D.1. Obliczenie należnej wpłaty		24. Wskaźnik zatrudnienia osób pozbawionych wolności ¹¹ _____		25. Przeciętne wynagrodzenie ¹² _____		26. Wpłata należna ¹³ _____	
D.2. Obniżenie wpłaty		27. Kwota obniżenia wykorzystana w miesiącu ¹⁴ _____			28. Kwota należności po obniżeniu wpłaty _____		
D.3. Pozostała kwota obniżenia wpłat		29. Kwota obniżenia (1) ¹⁵ _____		30. Kwota obniżenia (2) ¹⁶ _____		31. Kwota obniżenia (3) ¹⁷ _____	
D.4. Złagodzenie obowiązku wpłaty ¹⁸		32. Podstawa prawna złagodzenia obowiązku wpłaty ¹⁹ _____			33. Kwota złagodzenia obowiązku wpłaty ²⁰ _____		
D.5.		Kwota do zapłaty ²¹					34. _____
E. Dane o zatrudnieniu (w osobach) ^{8, 22}							
Zatrudnienie ogółem		35. _____		w tym osób niepełnosprawnych ogółem			36. _____
w tym osób niepełnosprawnych w stopniu:		znacznym ze szczególnymi schorzeniami ⁹		pozostali		umiarkowanym ze szczególnymi schorzeniami ⁹	
		37. _____	38. _____	39. _____	40. _____	lekki	
		41. _____					
F. Uwagi							

Oświadczam, że dane zawarte w deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.				POUCZENIE: W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. 34 lub wpłacenia jej w niepełnej wysokości, niniejsza deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.			
42. Data wypełnienia deklaracji ²³ ____-____-____		43. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej _____					

Objaśnienia do formularza DEK-I-0

- ¹ W przypadku składania deklaracji DEK-I-0 po raz pierwszy oraz w przypadku zmian danych ewidencyjnych dołącza się deklarację DEK-Z.
- ² Należy wpisać numer, jeżeli został nadany pracodawcy przed dniem złożenia deklaracji.
- ³ Należy wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa. W przypadku posiadania 9-cyfrowego numeru REGON w poz. 3 należy po dziewiętej cyfrze wpisać pięć zer.
- ⁴ Należy podać także numer kierunkowy.
- ⁵ Należy wskazać miesiąc i rok zaistnienia zdarzenia skutkującego powstaniem zobowiązania z tytułu wpłat, wskazanego w bloku D.1.
- ⁶ Należy w odpowiednim polu wstawić znak X.
- ⁷ Należy wykazać przeciętne miesięczne stany zatrudnienia w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy, ustalone odpowiednio na podstawie art. 21 ust. 1 i 5 oraz art. 2a ustawy.
- ⁸ Dane wykazywane w blokach C, D i E podaje się stosując zaokrąglenie w dół, jeżeli pierwsza odrzucona cyfra należy do przedziału od 0 do 4 albo w górę jeżeli pierwsza odrzucona cyfra należy do przedziału od 5 do 9, z tym, że kwoty wykazywane w poz. 26, 28, 33 i 34 zaokrągla się do pełnych złotych w ten sposób, że końcówki kwot wynoszące mniej niż 50 groszy pomija się, a końcówki kwot wynoszące 50 i więcej groszy podwyższa się do pełnych złotych.
- ⁹ O których mowa w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 18 września 1998 r. w sprawie rodzajów schorzeń uzasadniających obniżenie wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych oraz sposobu jego obniżania (Dz. U. Nr 124, poz. 820, z późn. zm.).
- ¹⁰ $\text{Poz. 23} = 0,06 \times \text{poz. 16} - (3 \times \text{poz. 18} + 2 \times \text{poz. 20} + \text{poz. 17})$.
- ¹¹ Wypełnia pracodawca prowadzący przywieźnienny zakład pracy. Należy wykazać średnioroczny wskaźnik zatrudnienia osób pozbawionych wolności w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy w roku podatkowym poprzedzającym rok, na który przypada okres sprawozdawczy wykazany w poz. 14. Średnioroczny wskaźnik zatrudnienia osób pozbawionych wolności jest równy 1/12 sumy przeciętnych miesięcznych wskaźników zatrudnienia osób pozbawionych wolności. Wskaźniki te ustala się dzieląc stan zatrudnienia osób pozbawionych wolności uwzględniając osoby zatrudnione na podstawie skierowania do pracy, przez stan zatrudnienia ogółem uwzględniając pracowników oraz osoby pozbawione wolności zatrudnione na podstawie skierowania do pracy.
- ¹² Przeciętne miesięczne wynagrodzenie w gospodarce narodowej w poprzednim kwartale od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w formie komunikatu w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2009 r. Nr 153, poz. 1227, z późn. zm.).
- ¹³ $\text{Poz. 26} = 0,4065 \times \text{poz. 23} \times \text{poz. 25}$. Z tym, że w odniesieniu do przywieźniennych zakładów pracy, w których w poprzednim roku wskaźnik osób pozbawionych wolności wynosił co najmniej 0,2 lecz nie osiągnął 0,3, $\text{poz. 26} = 0,75 \times 0,4065 \times \text{poz. 23} \times \text{poz. 25}$, jeżeli wskaźnik osób pozbawionych wolności wynosił co najmniej 0,3 lecz nie osiągnął 0,4, to $\text{poz. 26} = 0,5 \times 0,4065 \times \text{poz. 23} \times \text{poz. 25}$, a jeżeli wskaźnik osób pozbawionych wolności wynosił co najmniej 0,4 lecz nie osiągnął 0,5, to $\text{poz. 26} = 0,25 \times 0,4065 \times \text{poz. 23} \times \text{poz. 25}$. Jeżeli wskaźnik osób pozbawionych wolności wynosił co najmniej 0,5, to $\text{poz. 26} = 0$.
- ¹⁴ $\text{Poz. 27} \leq \text{poz. 26}$. Począwszy od wpłaty za miesiąc styczeń 2004 r. $\text{poz. 27} \leq 0,8 \times \text{poz. 26}$.
- ¹⁵ Obniżenie wpłat nabyte na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 30 września 1991 r. w sprawie szczegółowych zasad obniżania wpłat zakładów pracy na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 88, poz. 401).
- ¹⁶ Obniżenie wpłat nabyte na podstawie art. 22 ustawy na zasadach obowiązujących w okresie od 1 stycznia 1999 r. do 31 grudnia 2010 r.
- ¹⁷ Obniżenie wpłat nabyte na podstawie art. 22 ustawy w brzmieniu obowiązującym od dnia 1 stycznia 2011 r.
- ¹⁸ Umorzenie, rozłożenie na raty lub odroczenie terminu płatności. $\text{Poz. 33} \leq \text{poz. 26} - \text{poz. 27}$.
- ¹⁹ Należy podać przepis i pełny tytuł ustawy, na podstawie której zastosowano umorzenie, rozłożenie na raty lub odroczenie terminu płatności wpłat.
- ²⁰ Należy podać kwotę wpłaty objętą umorzeniem przed dniem złożenia deklaracji.
- ²¹ $\text{Poz. 34} = \text{poz. 26} - \text{poz. 27} - \text{poz. 33}$.
- ²² Należy wykazać przeciętne miesięczne stany zatrudnienia w osobach, ustalone odpowiednio na podstawie art. 21 ust. 1 i 5 oraz art. 2a ustawy.
- ²³ Należy podać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.

WZÓR

DEK-I-a

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. 21 ust. 2a i 2g ustawy, zobowiązany do wpłaty na Fundusz (PFRON).
 Termin składania: Do 20 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym zaistniały okoliczności powodujące powstanie obowiązku wpłaty.
 Adresat: Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.

A. Dane ewidencyjne pracodawcy¹1. Numer w rejestrze PFRON²

2. NIP ³		3. REGON ³		4. Pełna nazwa		
5. Ulica			6. Nr domu	7. Nr lokalu	8. Miejscowość	
9. Kod pocztowy	10. Poczta		11. Telefon ⁴		12. Faks ⁴	13. E-mail

B. Dane o deklaracji

14. Okres sprawozdawczy⁵15. Deklaracja⁶

1. Miesiąc

2. Rok

 1. Zwyczajna 2. KorygującaC. Dane o zatrudnieniu (w etatach)^{7, 8}

Zatrudnienie ogółem	16.		w tym etatów osób niepełnosprawnych ogółem			17.
w tym etatów osób niepełnosprawnych w stopniu:	znacznym ze szczególnymi schorzeniami ⁹		umiarkowanym ze szczególnymi schorzeniami ⁹		lekkim	
	pozostali	pozostali	pozostali	pozostali		
	18.	19.	20.	21.	22.	
Liczba pracowników odpowiadająca różnicy między zatrudnieniem zapewniającym osiągnięcie wymaganego wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych a rzeczywistym zatrudnieniem osób niepełnosprawnych ¹⁰						23.

D. Rozliczenie wpłaty⁸

D.1. Obliczenie należnej wpłaty	24. Wskaźnik zatrudnienia osób pozbawionych wolności ¹¹	25. Przeciętne wynagrodzenie ¹²	26. Wpłata należna ¹³	
D.2. Obniżenie wpłaty	27. Kwota obniżenia wykorzystana w miesiącu ¹⁴		28. Kwota należności po obniżeniu wpłaty	
D.3. Pozostała kwota obniżenia wpłaty	29. Kwota obniżenia (1) ¹⁵	30. Kwota obniżenia (2) ¹⁶	31. Kwota obniżenia (3) ¹⁷	
D.4. Złagodzenie obowiązku wpłaty ¹⁸	32. Podstawa prawna złagodzenia obowiązku wpłaty ¹⁹		33. Kwota złagodzenia obowiązku wpłaty ²⁰	
D.5.	Kwota do zapłaty ²¹			34.

E. Dane o zatrudnieniu (w osobach)^{22, 8}

Zatrudnienie ogółem	35.		w tym osób niepełnosprawnych ogółem			36.
w tym osób niepełnosprawnych w stopniu:	znacznym ze szczególnymi schorzeniami ⁹		umiarkowanym ze szczególnymi schorzeniami ⁹		lekkim	
	pozostali	pozostali	pozostali	pozostali		
	37.	38.	39.	40.	41.	

F. Uwagi

--

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

POUCZENIE: W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. 34 lub wpłacenia jej w niepełnej wysokości, niniejsza deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

42. Data wypełnienia deklaracji²³

43. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej

Objaśnienia do formularza DEK-I-a

- ¹ W przypadku składania deklaracji DEK-I-a po raz pierwszy oraz w przypadku zmian danych ewidencyjnych dołącza się deklarację DEK-Z.
- ² Należy wpisać numer, jeżeli został nadany pracodawcy przed dniem złożenia deklaracji.
- ³ Należy wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa. W przypadku posiadania 9-cyfrowego numeru REGON w poz. 3 należy po dziewiętej cyfrze wpisać pięć zer.
- ⁴ Należy podać także numer kierunkowy.
- ⁵ Należy wskazać miesiąc i rok zaistnienia zdarzenia skutkującego powstaniem zobowiązania z tytułu wpłat, wskazanego w bloku D.1.
- ⁶ Należy w odpowiednim polu wstawić znak X.
- ⁷ Należy wykazać przeciętne miesięczne stany zatrudnienia w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy, ustalone odpowiednio na podstawie art. 21 ust. 1 i 5 oraz art. 2a ustawy.
- ⁸ Dane wykazywane w blokach C, D i E podaje się stosując zaokrąglenie w dół, jeżeli pierwsza odrzucona cyfra należy do przedziału od 0 do 4 albo w górę jeżeli pierwsza odrzucona cyfra należy do przedziału od 5 do 9, z tym że kwoty wykazywane w poz. 26, 28, 33 i 34 zaokrągła się do pełnych złotych w ten sposób, że końcówki kwot wynoszące mniej niż 50 groszy pomija się, a końcówki kwot wynoszące 50 i więcej groszy podwyższa się do pełnych złotych.
- ⁹ O których mowa w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 18 września 1998 r. w sprawie rodzajów schorzeń uzasadniających obniżenie wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych oraz sposobu jego obniżania (Dz. U. Nr 124, poz. 820, z późn. zm.).
- ¹⁰ $Poz. 23 = Wu \times poz. 16 - (3 \times poz. 18 + 2 \times poz. 20 + poz. 17)$. $Wu = 0,02$ w latach 2000-2004, $Wu = 0,03$ w 2005 r., $Wu = 0,04$ w 2006 r., $Wu = 0,05$ w 2007 r., $Wu = 0,06$ w 2008 r. i w latach następnych.
- ¹¹ Wypełnia pracodawca prowadzący przywieźnienny zakład pracy. Należy wykazać średnioroczny wskaźnik zatrudnienia osób pozbawionych wolności w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy w roku podatkowym poprzedzającym rok, na który przypada okres sprawozdawczy wykazany w poz. 14. Średnioroczny wskaźnik zatrudnienia osób pozbawionych wolności jest równy 1/12 sumy przeciętnych miesięcznych wskaźników zatrudnienia osób pozbawionych wolności. Wskaźniki te ustala się dzieląc stan zatrudnienia osób pozbawionych wolności uwzględniając osoby zatrudnione na podstawie skierowania do pracy, przez stan zatrudnienia ogółem uwzględniając pracowników oraz osoby pozbawione wolności zatrudnione na podstawie skierowania do pracy.
- ¹² Przeciętne miesięczne wynagrodzenie w gospodarce narodowej w poprzednim kwartale od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w formie komunikatu w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2009 r. Nr 153, poz. 1227, z późn. zm.).
- ¹³ $Poz. 26 = 0,4065 \times poz. 23 \times poz. 25$. Z tym, że w odniesieniu do przywieźniennych zakładów pracy, w których w poprzednim roku wskaźnik osób pozbawionych wolności wynosił co najmniej 0,2 lecz nie osiągnął 0,3, $poz. 26 = 0,75 \times 0,4065 \times poz. 23 \times poz. 25$, jeżeli wskaźnik osób pozbawionych wolności wynosił co najmniej 0,3 lecz nie osiągnął 0,4, to $poz. 26 = 0,5 \times 0,4065 \times poz. 23 \times poz. 25$, a jeżeli wskaźnik osób pozbawionych wolności wynosił co najmniej 0,4 lecz nie osiągnął 0,5, to $poz. 26 = 0,25 \times 0,4065 \times poz. 23 \times poz. 25$. Jeżeli wskaźnik osób pozbawionych wolności wynosił co najmniej 0,5, to $poz. 26 = 0$.
- ¹⁴ $Poz. 27 \leq poz. 26$. Począwszy od wpłaty za miesiąc styczeń 2004 r. $poz. 27 \leq 0,8 \times poz. 26$.
- ¹⁵ Obniżenie wpłat nabyte na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 30 września 1991 r. w sprawie szczegółowych zasad obniżania wpłat zakładów pracy na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 88, poz. 401).
- ¹⁶ Obniżenie wpłat nabyte na podstawie art. 22 ustawy na zasadach obowiązujących w okresie od 1 stycznia 1999 r. do 31 grudnia 2010 r.
- ¹⁷ Obniżenie wpłat nabyte na podstawie art. 22 ustawy w brzmieniu obowiązującym od dnia 1 stycznia 2011 r.
- ¹⁸ Umorzenie, rozłożenie na raty lub odroczenie terminu płatności. $Poz. 33 \leq poz. 26 - poz. 27$.
- ¹⁹ Należy podać przepis i pełny tytuł ustawy, na podstawie której zastosowano umorzenie, rozłożenie na raty lub odroczenie terminu płatności wpłat.
- ²⁰ Należy podać kwotę wpłaty objętą umorzeniem przed dniem złożenia deklaracji.
- ²¹ $Poz. 34 = poz. 26 - poz. 27 - poz. 33$.
- ²² Należy wykazać przeciętne miesięczne stany zatrudnienia w osobach, ustalone odpowiednio na podstawie art. 21 ust. 1 i 5 oraz art. 2a ustawy.
- ²³ Należy podać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.

WZÓR

DEK-I-b

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. 21 ust. 2b i 2g ustawy, zobowiązany do wpłaty na Fundusz (PFRON).
 Termin składania: Do 20 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym zaistniały okoliczności powodujące powstanie obowiązku wpłaty.
 Adresat: Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.

A. Dane ewidencyjne pracodawcy ¹					1. Numer w rejestrze PFRON ² _____	
2. NIP ³ _____		3. REGON ³ _____		4. Pełna nazwa _____		
5. Ulica _____			6. Nr domu _____	7. Nr lokalu _____	8. Miejscowość _____	
9. Kod pocztowy ____-____	10. Poczta _____		11. Telefon ⁴ _____		12. Faks ⁴ _____	13. E-mail _____
B. Dane o deklaracji				14. Okres sprawozdawczy ⁵		15. Deklaracja ⁶
				1. Miesiąc ____	2. Rok ____	<input type="checkbox"/> 1. Zwyczajna <input type="checkbox"/> 2. Korygująca
C. Dane o zatrudnieniu ⁷						
C.1. Pracownicy w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy ⁸						
Zatrudnienie ogółem	16. _____		w tym etatów osób niepełnosprawnych ogółem			17. _____
w tym etatów osób niepełnosprawnych w stopniu:	znacznym ze szczególnymi schorzeniami ⁹		pozostali	umiarkowanym ze szczególnymi schorzeniami ⁹		lekким
	18. _____	19. _____		20. _____	21. _____	22. _____
C.2. Wychowankowie, uczniowie, studenci, słuchacze ¹⁰						
Ogółem ¹¹	23. _____		w tym osób niepełnosprawnych ogółem ¹²			24. _____
w tym osób niepełnosprawnych w stopniu: ¹²	znacznym ze szczególnymi schorzeniami ⁹		pozostali	umiarkowanym ze szczególnymi schorzeniami ⁹		lekким
	25. _____	26. _____		27. _____	28. _____	29. _____
C.3. Wskaźniki	30. Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych ¹³ _____			31. Wskaźnik niepełnosprawnych wychowanków, uczniów, studentów lub słuchaczy ¹⁴ _____		
Liczba pracowników odpowiadająca różnicy między zatrudnieniem zapewniającym osiągnięcie wymaganego wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych a rzeczywistym zatrudnieniem osób niepełnosprawnych ¹⁵						32. _____
D. Rozliczenie wpłaty ⁷						
D.1. Obliczenie należnej wpłaty	33. Wskaźnik zatrudnienia osób pozbawionych wolności ¹⁶ _____		34. Przeciętne wynagrodzenie ¹⁷ _____		35. Wpłata należna ¹⁸ _____	
D.2. Obniżenie wpłaty	36. Kwota obniżenia wykorzystana w miesiącu ¹⁹ _____			37. Kwota należności po obniżeniu wpłaty _____		
D.3. Pozostała kwota obniżenia wpłat	38. Kwota obniżenia (1) ²⁰ _____		39. Kwota obniżenia (2) ²¹ _____		40. Kwota obniżenia (3) ²² _____	
D.4. Złagodzenie obowiązku wpłaty ²³	41. Podstawa prawna złagodzenia obowiązku wpłaty ²⁴ _____			42. Kwota złagodzenia obowiązku wpłaty ²⁵ _____		
D.5.	Kwota do zapłaty ²⁶					43. _____

E. Dane o zatrudnieniu (w osobach) ^{7,27}					
Zatrudnienie ogółem	44. _____ _ _ _ _ _ _ _ _ _		w tym osób niepełnosprawnych ogółem		45. _____ _ _ _ _ _ _ _ _ _
w tym osób niepełnosprawnych w stopniu:	znacznym		umiarkowanym		lekkim
	ze szczególnymi schorzeniami ⁹	pozostali	ze szczególnymi schorzeniami ⁹	pozostali	
	46. _____ _ _ _ _ _ _ _ _ _	47. _____ _ _ _ _ _ _ _ _ _	48. _____ _ _ _ _ _ _ _ _ _	49. _____ _ _ _ _ _ _ _ _ _	50. _____ _ _ _ _ _ _ _ _ _
F. Uwagi					
<p>Oświadczam, że dane zawarte w deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.</p>					
51. Data wypełnienia deklaracji ²⁸ _ _ _ _ - _ _ - _ _		52. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej			
			<p>POUCZENIE: W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. 43 lub wpłacenia jej w niepełnej wysokości, niniejsza deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.</p>		

DEK-I-b 2/2

Objaśnienia do formularza DEK-I-b

- ¹ W przypadku składania deklaracji DEK-I-b po raz pierwszy oraz w przypadku zmian danych ewidencyjnych dołącza się deklarację DEK-Z.
- ² Należy wpisać numer, jeżeli został nadany pracodawcy przed dniem złożenia deklaracji.
- ³ Należy wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa. W przypadku posiadania 9-cyfrowego numeru REGON w poz. 3 należy po dziewiątej cyfrze wpisać pięć zer.
- ⁴ Należy podać także numer kierunkowy.
- ⁵ Należy wskazać miesiąc i rok zaistnienia zdarzenia skutkującego powstaniem zobowiązania z tytułu wpłat, wskazanego w bloku D.1.
- ⁶ Należy w odpowiednim polu wstawić znak X.
- ⁷ Dane wykazywane w blokach C, D i E podaje się stosując zaokrąglenie w dół, jeżeli pierwsza odrzucona cyfra należy do przedziału od 0 do 4 albo w górę jeżeli pierwsza odrzucona cyfra należy do przedziału od 5 do 9, z tym że kwoty wykazywane w poz. 35, 37, 42 i 43 zaokrągla się do pełnych złotych w ten sposób, że końcówki kwot wynoszące mniej niż 50 groszy pomija się, a końcówki kwot wynoszące 50 i więcej groszy podwyższa się do pełnych złotych.
- ⁸ Należy wykazać przeciętne miesięczne stany zatrudnienia w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy, ustalone odpowiednio na podstawie art. 21 ust. 1 i 5 oraz art. 2a ustawy.
- ⁹ O których mowa w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 18 września 1998 r. w sprawie rodzajów schorzeń uzasadniających obniżenie wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych oraz sposobu jego obniżania (Dz. U. Nr 124, poz. 820, z późn. zm.).
- ¹⁰ Należy wykazać przeciętne miesięczne stany wychowanków, uczniów, studentów i słuchaczy w osobach.
- ¹¹ Należy wykazać stan wychowanków, uczniów, studentów i słuchaczy wykazany odpowiednio w ostatnim zestawieniu zbiorczym przekazywanym na podstawie przepisów o systemie informacji oświatowej lub sprawozdaniu na podstawie przepisów 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, złożonym w roku poprzedzającym rok kalendarzowy, na który przypada okres sprawozdawczy wykazany w poz. 14.
- ¹² Należy wykazać rzeczywisty stan wychowanków, uczniów, studentów i słuchaczy.
- ¹³ Poz. 30 = $(3 \times \text{poz. 18} + 2 \times \text{poz. 20} + \text{poz. 17}) / \text{poz. 16}$.
- ¹⁴ Poz. 31 = $(3 \times \text{poz. 25} + 2 \times \text{poz. 27} + 2 \times \text{poz. 24}) / \text{poz. 23}$.
- ¹⁵ Poz. 32 = $\text{poz. 16} \times [\text{Wu} - \text{poz. 30} - \text{poz. 31}]$. Wu = 0,01 w latach 2001–2004, Wu = 0,02 w roku 2005 oraz w latach następujących.
- ¹⁶ Wypełnia pracodawca prowadzący przywiezienny zakład pracy. Należy wykazać średnioroczny wskaźnik zatrudnienia osób pozbawionych wolności w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy w roku podatkowym poprzedzającym rok, na który przypada okres sprawozdawczy wykazany w poz. 14. Średnioroczny wskaźnik zatrudnienia osób pozbawionych wolności jest równy 1/12 sumy przeciętnych miesięcznych wskaźników zatrudnienia osób pozbawionych wolności. Wskaźniki te ustala się dzieląc stan zatrudnienia osób pozbawionych wolności uwzględniający osoby zatrudnione na podstawie skierowania do pracy, przez stan zatrudnienia ogółem uwzględniający pracowników oraz osoby pozbawione wolności zatrudnione na podstawie skierowania do pracy.
- ¹⁷ Przeciętne miesięczne wynagrodzenie w gospodarce narodowej w poprzednim kwartale od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w formie komunikatu w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2009 r. Nr 153, poz. 1227, z późn. zm.).
- ¹⁸ Poz. 35 = $0,4065 \times \text{poz. 32} \times \text{poz. 34}$. Z tym, że w odniesieniu do przywieziennych zakładów pracy, w których w poprzednim roku wskaźnik osób pozbawionych wolności wynosił co najmniej 0,2 lecz nie osiągnął 0,3, $\text{poz. 35} = 0,75 \times 0,4065 \times \text{poz. 32} \times \text{poz. 34}$, jeżeli wskaźnik osób pozbawionych wolności wynosił co najmniej 0,3, lecz nie osiągnął 0,4, to $\text{poz. 35} = 0,5 \times 0,4065 \times \text{poz. 32} \times \text{poz. 34}$, a jeżeli wskaźnik osób pozbawionych wolności wynosił co najmniej 0,4, lecz nie osiągnął 0,5, to $\text{poz. 35} = 0,25 \times 0,4065 \times \text{poz. 32} \times \text{poz. 34}$. Jeżeli wskaźnik osób pozbawionych wolności wynosił co najmniej 0,5, to $\text{poz. 35} = 0$.
- ¹⁹ Poz. 36 \leq poz. 35. Począwszy od wpłaty za miesiąc styczeń 2004 r. $\text{poz. 36} \leq 0,8 \times \text{poz. 35}$.
- ²⁰ Obniżenie wpłat nabyte na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 30 września 1991 r. w sprawie szczegółowych zasad obniżania wpłat zakładów pracy na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 88, poz. 401).
- ²¹ Obniżenie wpłat nabyte na podstawie art. 22 ustawy na zasadach obowiązujących w okresie od 1 stycznia 1999 r. do 31 grudnia 2010 r.
- ²² Obniżenie wpłat nabyte na podstawie art. 22 ustawy w brzmieniu obowiązującym od dnia 1 stycznia 2011 r.
- ²³ Umorzenie, rozłożenie na raty lub odroczenie terminu płatności. Poz. 42 \leq poz. 35 – poz. 36.
- ²⁴ Należy podać przepis i pełny tytuł ustawy, na podstawie której zastosowano umorzenie, rozłożenie na raty lub odroczenie terminu płatności wpłat.
- ²⁵ Należy podać kwotę wpłaty objętą umorzeniem przed dniem złożenia deklaracji.
- ²⁶ Poz. 43 = $\text{poz. 35} - \text{poz. 36} - \text{poz. 42}$.
- ²⁷ Należy wykazać przeciętne miesięczne stany zatrudnienia w osobach, ustalone odpowiednio na podstawie art. 21 ust. 1 i 5 oraz art. 2a ustawy.
- ²⁸ Należy podać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.

WZÓR

DEK-II-a

Deklaracja wpłaty 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. 33 ust. 4a, 4c, 7 i 7a ustawy i art. 38 ust. 2 pkt 1 lit. a tiret pierwsze ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, zobowiązany do wpłaty na Fundusz (PFRON).
 Termin składania: Do 20 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym zaistniały okoliczności powodujące powstanie obowiązku wpłaty.
 Adresat: Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.

A. Dane ewidencyjne pracodawcy ¹						1. Numer w rejestrze PFRON ² _____	
2. NIP ³ _____		3. REGON ³ _____		4. Pełna nazwa _____			
5. Ulica _____			6. Nr domu _____	7. Nr lokalu _____	8. Miejscowość _____		
9. Kod pocztowy ____-____		10. Poczta _____		11. Telefon ⁴ _____		12. Faks ⁴ _____	13. E-mail _____

B. Dane o deklaracji			14. Okres sprawozdawczy ⁵		15. Deklaracja ⁶	
1. Miesiąc ____	2. Rok ____				<input type="checkbox"/> 1. Zwykła <input type="checkbox"/> 2. Korygująca	

C. Rozliczenie wpłaty ⁷					
C.1. Obliczenie kwoty należnej wpłaty					
Środki, o których mowa w art. 33 ust. 2 ustawy uzyskane w okresie sprawozdawczym					
Ogółem	Kwoty, o których mowa w art. 33 ust. 2 pkt 1 ustawy	Kwoty, o których mowa w art. 33 ust. 2 pkt 2 ustawy	Do przekazania na ZFRON	Do przekazania na PFRON	
16. _____	17. _____	18. _____	19. _____	20. _____	
Data zaistnienia zdarzenia skutkującego powstaniem zobowiązania z tytułu wpłat ⁸			Podstawa prawna naliczenia wpłat oraz kwota wpłaty		
Data ujawnienia niezgodnego z ustawą przeznaczenia środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych (ZFRON) lub nieterminowego przekazania środków na ten fundusz			21. ____-____-____	art. 33 ust. 4a ustawy ⁹	22. _____
Data ujawnienia nieutworzenia ZFRON, nieprowadzenia ewidencji środków ZFRON lub nieprowadzenia rachunku bankowego środków tego funduszu			23. ____-____-____	art. 33 ust. 4a w zw. z ust. 4a ¹ ustawy ¹⁰	24. _____
Data upływu okresu na wykorzystanie środków ZFRON pochodzących ze zwolnień, o których mowa w art. 31 ust. 1 ustawy, oraz kwot pobranych zaliczek na podatek dochodowy od osób fizycznych, o których mowa w art. 33 ust. 2 pkt 2 ustawy			25. ____-____-____	art. 33 ust. 4c ustawy ¹¹	26. _____
Data postawienia w stan likwidacji, upadłości albo wykreślenia z ewidencji działalności gospodarczej lub utraty statusu zakładu pracy chronionej			27. ____-____-____	art. 33 ust. 7 i 7a ustawy ¹²	28. _____
Data upływu 3 miesięcy od dnia dokonania podziału lub zbycia części lub całości zakładu pracy chronionej, o którym mowa w art. 30 ust. 2a pkt 1a ustawy			29. ____-____-____	art. 33 ust. 7 w zw. z ust. 8a pkt 2 ustawy ¹³	30. _____
Wpłata należna ¹⁴				31. _____	
C.2. Złagodzenie obowiązku wpłat ¹⁵	32. Podstawa złagodzenia obowiązku wpłat ¹⁶		33. Kwota złagodzenia obowiązku wpłat ¹⁷ _____		
C.3.	Kwota do zapłaty ¹⁸			34. _____	

D. Uwagi _____

Oświadczam, że dane zawarte w deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.		POUCZENIE: W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. 34 lub wpłacenia jej w niepełnej wysokości, niniejsza deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.	
35. Data wypełnienia deklaracji ¹⁸ ____-____-____	36. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej		

Objaśnienia do formularza DEK-II-a

- ¹ W przypadku składania deklaracji DEK-II-a po raz pierwszy oraz w przypadku zmian danych ewidencyjnych dołącza się deklarację DEK-Z.
- ² Wpisać numer, jeżeli został nadany pracodawcy przed dniem złożenia deklaracji.
- ³ Wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa. W przypadku posiadania 9-cyfrowego numeru REGON w poz. 3 należy po dziewiątej cyfrze wpisać pięć zer.
- ⁴ Należy podać także numer kierunkowy.
- ⁵ Należy wskazać miesiąc i rok zaistnienia zdarzenia skutkującego powstaniem zobowiązania z tytułu wpłat, wskazanego w bloku D.1.
- ⁶ Należy w odpowiednim polu wstawić znak X.
- ⁷ Dane wykazywane w bloku C podaje się stosując zaokrąglenie w dół, jeżeli pierwsza odrzucona cyfra należy do przedziału od 0 do 4 albo w górę jeżeli pierwsza odrzucona cyfra należy do przedziału od 5 do 9, z tym że kwoty wykazywane w poz. 20, 22, 24, 26, 28, 30, 31, 33 i 34 zaokrągla się do pełnych złotych w ten sposób, że końcówki kwot wynoszące mniej niż 50 groszy pomija się, a końcówki kwot wynoszące 50 i więcej groszy podwyższa się do pełnych złotych.
- ⁸ Należy podać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.
- ⁹ Kwota 30% niezgodnie z ustawą przeznaczonych środków ZFRON oraz środków nieterminowo przekazanych na ten fundusz.
- ¹⁰ Kwota 30% środków ZFRON, który odpowiednio powinien być zostać utworzony lub dla którego pracodawca powinien był prowadzić ewidencję lub rachunek bankowy.
- ¹¹ Środki ZFRON pochodzące ze zwolnień, o których mowa w art. 31 ust. 1 ustawy, oraz z pobranych zaliczek na podatek dochodowy od osób fizycznych, o których mowa w art. 33 ust. 2 pkt 2 ustawy, które nie zostały wykorzystane w przepisalnym terminie.
- ¹² Niewykorzystane środki ZFRON wraz z kwotą odpowiadającą kwocie wydatkowanej ze środków funduszu rehabilitacji na nabycie, wytworzenie lub ulepszenie środków trwałych w związku z modernizacją zakładu, utworzeniem lub przystosowaniem stanowisk pracy dla osób niepełnosprawnych, budową lub rozbudową bazy rehabilitacyjnej, wypoczynkowej i socjalnej oraz na zakup środków transportu — w części, która nie została pokryta odpisami amortyzacyjnymi, ustalonymi przy zastosowaniu stawek amortyzacyjnych wynikających z Wykazu rocznych stawek amortyzacyjnych na dzień powstania w stan likwidacji, upadłości albo wykreślenia z ewidencji działalności gospodarczej lub utraty statusu zakładu pracy chronionej.
- ¹³ Kwota stanowiąca różnicę między: kwotą środków ZFRON pracodawcy dotychczas prowadzącego zakład pracy chronionej, w odniesieniu do którego dokonano podziału lub zbycia części lub całości zakładu, a kwotą podzieloną zgodnie z art. 33 ust. 8a pkt 1 ustawy, między pracodawcę, o którym mowa w art. 30 ust. 2a pkt 1a ustawy, oraz pracodawcę dotychczas legitymującego się statusem zakładu pracy chronionej, który pozostał dysponentem tego funduszu.
- ¹⁴ Poz. 31 = poz. 20 + poz. 22 + poz. 24 + poz. 26 + poz. 28 + poz. 30.
- ¹⁵ Umorzenie, rozłożenie na raty lub odroczenie terminu płatności. Poz. 33 ≤ poz. 31.
- ¹⁶ Należy podać przepis i pełny tytuł ustawy, na podstawie której zastosowano umorzenie, rozłożenie na raty lub odroczenie terminu płatności wpłat.
- ¹⁷ Należy podać kwotę wpłaty objętą umorzeniem przed dniem złożenia deklaracji.
- ¹⁸ Poz. 34 = poz. 31 – poz. 33.

WZÓR

DEK-II-b

Deklaracja wpłaty 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. 29 ust. 3a¹, 3b lub 3c ustawy, zobowiązany do wpłaty na Fundusz (PFRON).
 Termin składania: Do 20 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym zaistniały okoliczności powodujące powstanie obowiązku wpłaty.
 Adresat: Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.

A. Dane ewidencyjne pracodawcy ¹						1. Numer w rejestrze PFRON ² _____	
2. NIP ³ _____		3. REGON ³ _____		4. Pełna nazwa _____			
5. Ulica _____			6. Nr domu _____	7. Nr lokalu _____	8. Miejscowość _____		
9. Kod pocztowy _____		10. Poczta _____		11. Telefon ⁴ _____		12. Faks ⁴ _____	13. E-mail _____

B. Dane o deklaracji		14. Okres sprawozdawczy ⁵		15. Deklaracja ⁶	
1. Miesiąc ____	2. Rok _____			<input type="checkbox"/> 1. Zwyczajna <input type="checkbox"/> 2. Korygująca	

C. Rozliczenie wpłaty			
C.1. Obliczenie kwoty należnej wpłaty			
Data zaistnienia zdarzenia skutkującego powstaniem zobowiązania z tytułu wpłat ⁷		Podstawa prawna naliczenia wpłat oraz kwota wpłaty ⁸	
Data ujawnienia wydatkowania zakładowego funduszu aktywności (ZFA) niezgodnego z przepisami wydanymi na podstawie art. 29 ust. 4 ustawy lub nieprzekazania niewykorzystanych środków zakładowego funduszu aktywności na wyodrębniony rachunek bankowy tego funduszu w terminie do dnia 31 grudnia roku, w którym uzyskano te środki	16. ____-____-____	art. 29 ust. 3a ¹ pkt 2 ustawy ⁹	17. _____
Data postawienia w stan likwidacji zakładu aktywności zawodowej lub utraty statusu zakładu aktywności zawodowej albo wykreślenia organizatora z ewidencji działalności gospodarczej lub Krajowego Rejestru Sądowego, likwidacji lub upadłości organizatora zakładu aktywności zawodowej	18. ____-____-____	art. 29 ust. 3b i 3c ustawy ¹⁰	19. Ogółem _____
		20. w tym niewykorzystane środki ZFA _____	21. _____
		Wpłata należna ¹¹ _____	
C.2. Złagodzenie obowiązku wpłat ¹²	22. Podstawa prawna złagodzenia obowiązku wpłat ¹³	23. Kwota złagodzenia obowiązku wpłaty ¹⁴ _____	
C.3.	Kwota do zapłaty ¹⁵		24. _____

D. Uwagi	
_____ _____	

Oświadczam, że dane zawarte w deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.		POUCZENIE: W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. 24 lub wpłacenia jej w niepełnej wysokości, niniejsza deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.	
25. Data wypełnienia deklaracji ⁷ ____-____-____	26. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej _____		

Objaśnienia do formularza DEK-II-b

- ¹ W przypadku składania deklaracji DEK-II-b po raz pierwszy oraz w przypadku zmian danych ewidencyjnych dołącza się deklarację DEK-Z.
- ² Wpisać numer, jeżeli nadany pracodawcy przed dniem złożenia deklaracji.
- ³ Wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa. W przypadku posiadania 9-cyfrowego numeru REGON w poz. 3 należy po dziewiątej cyfrze wpisać pięć zer.
- ⁴ Należy podać także numer kierunkowy.
- ⁵ Należy wskazać miesiąc i rok zaistnienia zdarzenia skutkującego powstaniem zobowiązania z tytułu wpłat, wskazanego w bloku D.1.
- ⁶ Należy w odpowiednim polu wstawić znak X.
- ⁷ Należy podać daty w formacie: rok-miesiąc-dzień.
- ⁸ Kwoty wykazywane w poz. 17, 19, 20, 21, 23 i 24 zaokrągla się do pełnych złotych w ten sposób, że końcówki kwot wynoszące mniej niż 50 groszy pomija się, a końcówki kwot wynoszące 50 i więcej groszy podwyższa się do pełnych złotych.
- ⁹ Kwota 30% środków zakładowego funduszu aktywności wydatkowanych niezgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 29 ust. 4 ustawy i niewykorzystanych środków zakładowego funduszu aktywności nieprzekazanych na wyodrębniony rachunek bankowy tego funduszu w terminie do dnia 31 grudnia roku, w którym uzyskano te środki.
- ¹⁰ Kwota środków publicznych otrzymanych na utworzenie zakładu oraz niewykorzystanych środków zakładowego funduszu aktywności według stanu na dzień likwidacji lub utraty statusu zakładu aktywności zawodowej, wykreślenia organizatora z ewidencji działalności gospodarczej lub Krajowego Rejestru Sądowego, likwidacji lub upadłości organizatora zakładu aktywności zawodowej wraz z kwotą odpowiadającą kwocie wydatkowanej ze środków zakładowego funduszu aktywności na nabycie, wytworzenie lub ulepszenie środków trwałych w związku z modernizacją zakładu, utworzeniem lub przystosowaniem stanowisk pracy dla osób niepełnosprawnych — w części, która nie została pokryta odpisami amortyzacyjnymi, ustalonymi przy zastosowaniu stawek amortyzacyjnych wynikających z Wykazu rocznych stawek amortyzacyjnych na dzień zaistnienia tych okoliczności.
- ¹¹ Poz. 21 = poz. 17 + poz. 19.
- ¹² Umorzenie, rozłożenie na raty lub odroczenie terminu płatności. Poz. 23 ≤ poz. 21.
- ¹³ Należy podać przepis i pełny tytuł ustawy, na podstawie której zastosowano umorzenie, rozłożenie na raty lub odroczenie terminu płatności wpłat.
- ¹⁴ Należy podać kwotę wpłaty objętą umorzeniem przed dniem złożenia deklaracji.
- ¹⁵ Poz. 24 = poz. 21 – poz. 23.

WZÓR

DEK-W

Deklaracja wpłaty 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. 23 ustawy, zobowiązany do wpłaty na Fundusz (PFRON).
 Termin składania: Do 20 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym zaistniały okoliczności powodujące powstanie obowiązku wpłaty.
 Adresat: Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.

A. Dane ewidencyjne pracodawcy ¹					1. Numer w rejestrze PFRON ² _____	
2. NIP ³ _____		3. REGON ³ _____		4. Pełna nazwa _____		
5. Ulica _____			6. Nr domu _____	7. Nr lokalu _____	8. Miejscowość _____	
9. Kod pocztowy ____-____	10. Poczta _____		11. Telefon ⁴ _____		12. Faks ⁴ _____	13. E-mail _____
B. Dane o deklaracji				14. Okres sprawozdawczy ⁵		15. Deklaracja ⁶
				1. Miesiąc ____	2. Rok ____	<input type="checkbox"/> 1. Zwykła <input type="checkbox"/> 2. Korygująca
C. Rozliczenie wpłaty ^{7, 8}						
C.1.	Powstanie obowiązku wpłaty	16. Przyczyna utraty zdolności do pracy na dotychczasowym stanowisku pracy ⁶ <input type="checkbox"/> 1. Wypadek przy pracy <input type="checkbox"/> 2. Choroba zawodowa		17. Data uznania pracownika za osobę niepełnosprawną ____-____-____		
		18. Data zgłoszenia gotowości przystąpienia do pracy ____-____-____		19. Data rozwiązania umowy o pracę ____-____-____		
C.2.	Obliczenie należnej wpłaty	20. Przeciętne wynagrodzenie ⁹ ____,____		21. Wpłata należna ¹⁰ _____		
C.3.	Złagodzenie obowiązku wpłat ¹¹	22. Podstawa złagodzenia obowiązku wpłat ¹²		23. Kwota złagodzenia obowiązku wpłaty ¹³ _____		
C.4.	Kwota do zapłaty ¹⁴				24. _____	
D. Uwagi						
Oświadczam, że dane zawarte w deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.				POUCZENIE: W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. 24 lub wpłacenia jej w niepełnej wysokości, niniejsza deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.		
25. Data wypełnienia deklaracji ⁷ ____-____-____		26. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej				

Objaśnienia do formularza DEK-W

- ¹ W przypadku składania deklaracji DEK-W po raz pierwszy oraz w przypadku zmian danych ewidencyjnych dołącza się deklarację DEK-Z.
- ² Wpisać numer, jeżeli został nadany pracodawcy przed dniem złożenia deklaracji.
- ³ Wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa. W przypadku posiadania 9-cyfrowego numeru REGON w poz. 3 należy po dziewiątej cyfrze wpisać pięć zer.
- ⁴ Należy podać także numer kierunkowy.
- ⁵ Należy wskazać miesiąc i rok zaistnienia zdarzenia skutkującego powstaniem zobowiązania z tytułu wpłat, wskazanego w bloku D.1.
- ⁶ Należy w odpowiednim polu wstawić znak X.
- ⁷ Należy podać daty w formacie: rok-miesiąc-dzień.
- ⁸ Kwoty wykazywane w poz. 21, 23 i 24 zaokrągla się do pełnych złotych w ten sposób, że końcówki kwot wynoszące mniej niż 50 groszy pomija się, a końcówki kwot wynoszące 50 i więcej groszy podwyższa się do pełnych złotych.
- ⁹ Przeciętne miesięczne wynagrodzenie w gospodarce narodowej w poprzednim kwartale od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w formie komunikatu w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2009 r. Nr 153, poz. 1227, z późn. zm.).
- ¹⁰ Poz. 21 = 15 × poz. 20.
- ¹¹ Umorzenie, rozłożenie na raty lub odroczenie terminu płatności. Poz. 23 ≤ poz. 21.
- ¹² Należy podać przepis i pełny tytuł ustawy, na podstawie której zastosowano umorzenie, rozłożenie na raty lub odroczenie terminu płatności wpłat.
- ¹³ Należy podać kwotę wpłaty objętą umorzeniem przed dniem złożenia deklaracji. Poz. 24 = poz. 21 – poz. 23.

WZÓR

DEK-R

Rozliczenie roczne 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. 21 ust. 1, 2a, 2b i 2g, art. 23, art. 29 ust. 3a¹, 3b i 3c, art. 33 ust. 4a, 4c, 7 i 7a ustawy oraz art. 38 ust. 2 pkt 1 lit. a tiret pierwsze ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych, zobowiązany do wpłaty na Fundusz (PFRON).
 Termin składania: Do dnia 20 stycznia roku następującego po roku, w którym zaistniały okoliczności powodujące powstanie obowiązku wpłat.
 Adresat: Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.

A. Dane ewidencyjne pracodawcy¹1. Numer w rejestrze PFRON²

2. NIP ³		3. REGON ³		4. Pełna nazwa					
5. Ulica		6. Nr domu		7. Nr lokalu		8. Miejscowość			
9. Kod pocztowy		10. Poczta		11. Telefon ⁴		12. Faks ⁴		13. E-mail	

B. Dane o deklaracji

14. Okres sprawozdawczy

1. Rok

15. Deklaracja⁵ 1. Zwykła 2. KorygującaC. Składanie deklaracji za poszczególne miesiące⁶

Obowiązki sprawozdawcze

Za miesiąc	DEK-I-0	DEK-I-a	DEK-I-b	Nie dotyczy z uwagi na:				DEK-II-a	DEK II-b	DEK-W	Nie dotyczy ⁷
				niepodleganie obowiązkowi wpłat	zwolnienie z wpłat na podstawie art. 21 ust. 2, 2a, 2b lub 2e ustawy	zwolnienie z wpłat na podstawie art. 21 ust. 3 ustawy	zwolnienie z wpłat na podstawie odrębnych przepisów				
Styczeń	16. <input type="checkbox"/>	17. <input type="checkbox"/>	18. <input type="checkbox"/>	19. <input type="checkbox"/>	20. <input type="checkbox"/>	21. <input type="checkbox"/>	22. <input type="checkbox"/>	23. <input type="checkbox"/>	24. <input type="checkbox"/>	25. <input type="checkbox"/>	26. <input type="checkbox"/>
Luty	27. <input type="checkbox"/>	28. <input type="checkbox"/>	29. <input type="checkbox"/>	30. <input type="checkbox"/>	31. <input type="checkbox"/>	32. <input type="checkbox"/>	33. <input type="checkbox"/>	34. <input type="checkbox"/>	35. <input type="checkbox"/>	36. <input type="checkbox"/>	37. <input type="checkbox"/>
Marzec	38. <input type="checkbox"/>	39. <input type="checkbox"/>	40. <input type="checkbox"/>	41. <input type="checkbox"/>	42. <input type="checkbox"/>	43. <input type="checkbox"/>	44. <input type="checkbox"/>	45. <input type="checkbox"/>	46. <input type="checkbox"/>	47. <input type="checkbox"/>	48. <input type="checkbox"/>
Kwiecień	49. <input type="checkbox"/>	50. <input type="checkbox"/>	51. <input type="checkbox"/>	52. <input type="checkbox"/>	53. <input type="checkbox"/>	54. <input type="checkbox"/>	55. <input type="checkbox"/>	56. <input type="checkbox"/>	57. <input type="checkbox"/>	58. <input type="checkbox"/>	59. <input type="checkbox"/>
Maj	60. <input type="checkbox"/>	61. <input type="checkbox"/>	62. <input type="checkbox"/>	63. <input type="checkbox"/>	64. <input type="checkbox"/>	65. <input type="checkbox"/>	66. <input type="checkbox"/>	67. <input type="checkbox"/>	68. <input type="checkbox"/>	69. <input type="checkbox"/>	70. <input type="checkbox"/>
Czerwiec	71. <input type="checkbox"/>	72. <input type="checkbox"/>	73. <input type="checkbox"/>	74. <input type="checkbox"/>	75. <input type="checkbox"/>	76. <input type="checkbox"/>	77. <input type="checkbox"/>	78. <input type="checkbox"/>	79. <input type="checkbox"/>	80. <input type="checkbox"/>	81. <input type="checkbox"/>
Lipiec	82. <input type="checkbox"/>	83. <input type="checkbox"/>	84. <input type="checkbox"/>	85. <input type="checkbox"/>	86. <input type="checkbox"/>	87. <input type="checkbox"/>	88. <input type="checkbox"/>	89. <input type="checkbox"/>	90. <input type="checkbox"/>	91. <input type="checkbox"/>	92. <input type="checkbox"/>
Sierpień	93. <input type="checkbox"/>	94. <input type="checkbox"/>	95. <input type="checkbox"/>	96. <input type="checkbox"/>	97. <input type="checkbox"/>	98. <input type="checkbox"/>	99. <input type="checkbox"/>	100. <input type="checkbox"/>	101. <input type="checkbox"/>	102. <input type="checkbox"/>	103. <input type="checkbox"/>
Wrzesień	104. <input type="checkbox"/>	105. <input type="checkbox"/>	106. <input type="checkbox"/>	107. <input type="checkbox"/>	108. <input type="checkbox"/>	109. <input type="checkbox"/>	110. <input type="checkbox"/>	111. <input type="checkbox"/>	112. <input type="checkbox"/>	113. <input type="checkbox"/>	114. <input type="checkbox"/>
Październik	115. <input type="checkbox"/>	116. <input type="checkbox"/>	117. <input type="checkbox"/>	118. <input type="checkbox"/>	119. <input type="checkbox"/>	120. <input type="checkbox"/>	121. <input type="checkbox"/>	122. <input type="checkbox"/>	123. <input type="checkbox"/>	124. <input type="checkbox"/>	125. <input type="checkbox"/>
Listopad	126. <input type="checkbox"/>	127. <input type="checkbox"/>	128. <input type="checkbox"/>	129. <input type="checkbox"/>	130. <input type="checkbox"/>	131. <input type="checkbox"/>	132. <input type="checkbox"/>	133. <input type="checkbox"/>	134. <input type="checkbox"/>	135. <input type="checkbox"/>	136. <input type="checkbox"/>
Grudzień	137. <input type="checkbox"/>	138. <input type="checkbox"/>	139. <input type="checkbox"/>	140. <input type="checkbox"/>	141. <input type="checkbox"/>	142. <input type="checkbox"/>	143. <input type="checkbox"/>	144. <input type="checkbox"/>	145. <input type="checkbox"/>	146. <input type="checkbox"/>	147. <input type="checkbox"/>

D. Rozliczenie roczne

Suma kwot wpłat do zapłaty ⁸	148.	Suma dokonanych wpłat ⁹	149.
Nadpłata ¹⁰	150.	Kwota należna do zapłaty ¹¹	151.

E. Uwagi

--

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

152. Data wypełnienia deklaracji¹²

_____ - ____ - ____

153. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej

POUCZENIE: W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. 151 lub wpłacenia jej w niepełnej wysokości, niniejsza deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

Objaśnienia do formularza DEK-R

- ¹ W przypadku składania deklaracji DEK-R po raz pierwszy oraz w przypadku zmian danych ewidencyjnych dołącza się deklarację DEK-Z.
- ² Wpisać numer, jeżeli został nadany pracodawcy przed dniem złożenia deklaracji.
- ³ Wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa. W przypadku posiadania 9-cyfrowego numeru REGON w poz. 3 należy po dziewiątej cyfrze wpisać pięć zer.
- ⁴ Należy podać także numer kierunkowy.
- ⁵ Należy w odpowiednim polu wstawić znak X.
- ⁶ Należy w odpowiednich polach wstawić znak X.
- ⁷ Zaznacza pracodawca, który nie składał deklaracji z uwagi na to, że nie podlegał obowiązkowi wpłat wykazywanych w deklaracjach DEK-II-a, DEK-II-b ani DEK-W.
- ⁸ Należy wykazać sumę kwot do zapłaty, które pracodawca był zobowiązany wykazać w deklaracjach DEK-I-0, DEK-I-a, DEK-I-b, DEK-II-a, DEK-II-b lub DEK-W za okresy od stycznia do grudnia roku sprawozdawczego.
- ⁹ Należy wykazać kwotę z poz. 148 w części wpłaconej do PFRON (bez odsetek).
- ¹⁰ Poz. 150 = poz. 149 – poz. 148. Jeżeli poz. 150 \leq 0, to należy wpisać 0.
- ¹¹ Poz. 151 = poz. 148 – poz. 149. Jeżeli poz. 151 \leq 0, to należy wpisać 0.
- ¹² Należy podać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.

WZÓR

DEK-Z

Deklaracja 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 zobowiązany do wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie art. 21 ust. 1, 2a, 2b i 2g, art. 23, art. 29 ust. 3a¹, 3b i 3c, art. 33 ust. 4a, 4c, 7 i 7a ustawy, oraz art. 38 ust. 2 pkt 1 lit. a tiret pierwsze ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych.
 Termin składania:¹ Do 20 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym zaistniały okoliczności powodujące powstanie obowiązku wpłaty.
 Adresat: Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.

A. Dane ewidencyjne pracodawcy

1. Numer w rejestrze PFRON²

2. NIP ³	3. REGON ³	4. Pełna nazwa			
5. Forma prawna(1) ⁴	6. Forma prawna(2) ⁵	7. Forma własności ⁶	8. Wielkość ⁷	9. Identyfikator adresu ⁸	10. PKD ⁹

B. Dane o deklaracji¹⁰

11. Deklaracja

-
1. Zgłoszeniowa
-
-
2. Aktualizacyjna

12. Okres sprawozdawczy

1. Miesiąc
-
2. Rok

13. Dokument składany wraz z deklaracją:

-
1. DEK-I-0
-
2. DEK-I-a
-
3. DEK-I-b
-
4. DEK-W
-
-
5. DEK-II-a
-
6. DEK-II-b
-
7. DEK-R

C. Dodatkowe informacje o pracodawcy

C.1. Adres					
14. Ulica	15. Nr domu	16. Nr lokalu	17. Miejscowość		
18. Kod pocztowy	19. Poczta	20. Telefon ¹¹	21. Faks ¹¹	22. E-mail	
C.2. Adres do korespondencji/ Dane pełnomocnika ¹²				23. Pełnomocnik ¹³	
24. Ulica	25. Nr domu	26. Nr lokalu	27. Miejscowość		
28. Kod pocztowy	29. Poczta	30. Telefon ¹¹	31. Faks ¹¹	32. E-mail	
C.3. Organ rejestrowy	33. Pełna nazwa organu rejestrowego ¹⁴				
34. Nazwa rejestru ¹⁵	35. Data rejestracji ¹⁶		36. Numer w rejestrze		
C.4. Rachunek bankowy	37. Rachunek bankowy, z którego będą dokonywane wpłaty na PFRON				

D. Typ pracodawcy

D.1. Typ pracodawcy o szczególnym statusie ¹⁰	38. Typ pracodawcy ¹⁷ <input type="checkbox"/> 1. Prowadzący zakład pracy chronionej <input type="checkbox"/> 2. Prowadzący zakład aktywności zawodowej <input type="checkbox"/> 3. Inny	39. Rodzaj decyzji <input type="checkbox"/> 1. Przyznająca status <input type="checkbox"/> 2. Stwierdzająca utratę statusu	40. Podstawa uzyskania lub utraty statusu ¹⁸		
41. Data wydania decyzji ¹⁶	42. Znak decyzji		43. Data uzyskania lub utraty statusu		
D.2. Typy pracodawców, o których mowa w art. 21 ustawy ¹⁹	44. Pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 2a ustawy ²⁰	45. Pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 2b ustawy ²¹			

E. Podleganie obowiązkowi wpłat²²

46. Okres, za który po raz pierwszy pracodawca podlegał obowiązkowi wpłat	47. Podstawa prawna podlegania obowiązkowi wpłat
---	--

F. Osoba odpowiedzialna za kontakty z PFRON

48. Imię	49. Nazwisko	50. Telefon ¹¹	51. Faks ¹¹	52. E-mail
----------	--------------	---------------------------	------------------------	------------

G. Uwagi

--	--

53. Data wypełnienia deklaracji ¹⁶	54. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej	Oświadczam, że dane zawarte w deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.
---	--	--

Objaśnienia do formularza DEK-Z

- ¹ Pracodawca może nie składać deklaracji DEK-Z, jeżeli nie uległy zmianie dane wykazane w deklaracji DEK-Z lub informacji INF-Z uprzednio złożonej za okresy przypadające począwszy od stycznia 2011 r.
- ² Wpisać numer, jeżeli został nadany pracodawcy przed dniem złożenia deklaracji.
- ³ Wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa. W przypadku posiadania 9-cyfrowego numeru REGON w poz. 3 należy po dziewiętej cyfrze wpisać pięć zer.
- ⁴ Należy podać kod odpowiadający formie prawnej pracodawcy: 1A – przedsiębiorstwo państwowe, 1B – jednoosobowa spółka Skarbu Państwa, 1C – jednoosobowa spółka jednostki samorządu terytorialnego, w rozumieniu przepisów o gospodarce komunalnej, 1D – spółka akcyjna albo spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, w stosunku do których Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego, przedsiębiorstwo państwowe lub jednoosobowa spółka Skarbu Państwa są podmiotami, które posiadają uprawnienia takie jak przedsiębiorcy dominujący w rozumieniu przepisów o ochronie konkurencji i konsumentów, 2 – pracodawca nienależący do kategorii określonych kodem od 1A do 1D.
- ⁵ Należy podać kod szczególnej formy prawnej stosownie do § 8 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 późn. zm.).
- ⁶ Forma własności jest określana na podstawie procentowego udziału własności. Jeżeli w akcie nadania REGON nie ma informacji o formie własności, to do opisu należy wykorzystać § 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. Należy podać kolejno odpowiednie kody odpowiadające własności. 1 – Skarbu Państwa, 2 – państwowych osób prawnych, 3 – jednostek samorządu terytorialnego, 4 – krajowych osób fizycznych, 5 – pozostałych krajowych jednostek prywatnych, 6 – osób zagranicznych.
- ⁷ Należy podać odpowiedni kod. Wpisując kod, należy brać pod uwagę dane na ostatni dzień roku poprzedzającego rok sprawozdawczy. Kod 0 – mikroprzedsiębiorca, kod 1 – przedsiębiorca mały, kod 2 – przedsiębiorca średni, kod 3 – inny przedsiębiorca, 4 – pracodawca niebędący przedsiębiorcą.
- ⁸ Należy podać pełne, siedmiocyfrowe oznaczenie gminy, na obszarze której pracodawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania – zgodnie z rozporządzeniem 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.). Identyfikatory terytorialne gmin dostępne są na stronie internetowej Głównego Urzędu Statystycznego.
- ⁹ Należy wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa. Należy wpisać klasę rodzaju działalności zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2007 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) (Dz. U. Nr 251, poz. 1885 oraz z 2009 r. Nr 59, poz. 489).
- ¹⁰ Należy w odpowiednim polu wstawić znak X.
- ¹¹ Należy podać także numer kierunkowy.
- ¹² Poz. 24–32 należy wypełnić, jeżeli adres do korespondencji pracodawcy jest inny niż adres wykazany w bloku C.1. Jeżeli pracodawca udzielił pełnomocnictwa obejmującego składanie deklaracji wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, to w poz. 23–32 należy wskazać nazwę i adres do korespondencji pełnomocnika. Jednocześnie należy złożyć odpowiednio pełnomocnictwo albo zawiadomienie o odwołaniu pełnomocnictwa.
- ¹³ Należy podać imię i nazwisko pełnomocnika.
- ¹⁴ Dotyczy także organów wydających koncesje, zezwolenia, pozwolenia.
- ¹⁵ Nazwa rejestru lub ewidencji, w których pracodawca jest zarejestrowany, np. Krajowy Rejestr Sądowy, ewidencja działalności gospodarczej.
- ¹⁶ Należy podać daty w formacie: rok-miesiąc-dzień.
- ¹⁷ Według stanu na dzień sporządzenia deklaracji.
- ¹⁸ Należy wpisać 1 – w przypadku odpowiednio uzyskania lub utraty statusu na podstawie decyzji Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych albo 2 – w przypadku odpowiednio uzyskania lub utraty statusu na podstawie decyzji wojewody.
- ¹⁹ Wypełnia pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 2a lub 2b ustawy.
- ²⁰ Należy podać kod odpowiadający typowi pracodawcy A01 – Państwowa jednostka organizacyjna – jednostka budżetowa, A02 – państwowa jednostka organizacyjna – zakład budżetowy, A03 – państwowa jednostka organizacyjna – gospodarstwo pomocnicze, A04 – państwowa jednostka organizacyjna – instytucja kultury, A05 – państwowa jednostka organizacyjna – jednostka organizacyjna zajmująca się statutowo ochroną dóbr kultury uznanych za pomnik historii, A06 – samorządowa jednostka organizacyjna – jednostka budżetowa, A07 – samorządowa jednostka organizacyjna – zakład budżetowy, A08 – samorządowa jednostka organizacyjna – gospodarstwo pomocnicze, A09 – samorządowa jednostka organizacyjna, A10 – samorządowa jednostka organizacyjna – instytucja kultury, A11 – samorządowa jednostka organizacyjna – jednostka organizacyjna zajmująca się statutowo ochroną dóbr kultury uznanych za pomnik historii, A12 – inna jednostka organizacyjna zajmująca się statutowo ochroną dóbr kultury uznanych za pomnik historii. Należy wskazać odpowiedni typ pracodawcy za okres, którego dotyczy wpłata.
- ²¹ Należy podać kod odpowiadający typowi pracodawcy B01 – publiczna szkoła wyższa, B02 – niepubliczna szkoła wyższa, B03 – publiczna wyższa szkoła zawodowa, B04 – niepubliczna wyższa szkoła zawodowa, B05 – szkoła publiczna, B06 – szkoła niepubliczna, B07 – publiczna placówka opiekuńczo-wychowawcza, B08 – niepubliczna placówka opiekuńczo-wychowawcza, B09 – publiczna placówka resocjalizacyjna, B10 – niepubliczna placówka resocjalizacyjna, B11 – zakład kształcenia nauczycieli.
- ²² Dotyczy zarówno zobowiązania do wpłat, jak i zwolnienia z wpłat, w szczególności na podstawie art. 21 ust. 2, 2a, 2b lub 2e ustawy.