

Warszawa, dnia 21 stycznia 2015 r.

Poz. 101

**OBWIESZCZENIE
MINISTRA PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ**

z dnia 12 grudnia 2014 r.

w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie ustalenia wzorów deklaracji składanych Zarządowi Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przez pracodawców zobowiązanych do wpłat na ten Fundusz

1. Na podstawie art. 16 ust. 3 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 197, poz. 1172 i Nr 232, poz. 1378) ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie ustalenia wzorów deklaracji składanych Zarządowi Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przez pracodawców zobowiązanych do wpłat na ten Fundusz (Dz. U. z 2013 r. poz. 32), z uwzględnieniem zmian wprowadzonych rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 26 kwietnia 2013 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ustalenia wzorów deklaracji składanych Zarządowi Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przez pracodawców zobowiązanych do wpłat na ten Fundusz (Dz. U. poz. 553).

2. Podany w załączniku do niniejszego obwieszczenia tekst jednolity rozporządzenia nie obejmuje § 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 26 kwietnia 2013 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ustalenia wzorów deklaracji składanych Zarządowi Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przez pracodawców zobowiązanych do wpłat na ten Fundusz (Dz. U. poz. 553), który stanowi:

„§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.”.

Minister Pracy i Polityki Społecznej: *wz. J. Duda*

Załącznik do obwieszczenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 12 grudnia 2014 r. (poz. 101)

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ¹⁾**

z dnia 20 grudnia 2012 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 2011 r. Nr 127, poz. 721, 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 miesięcznych wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, o symbolu 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 miesięcznych wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, o symbolu DEK-I-a, dotyczącej wpłat należnych na podstawie art. 21 ust. 2a i 2g ustawy, stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia;
- 3) wzór deklaracji miesięcznych wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, o symbolu 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 wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, o symbolu DEK-II-a, dotyczącej wpłat należnych na podstawie art. 31 ust. 3 pkt 1 lit. a, art. 33 ust. 4a, 4a¹, 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 (Dz. U. z 2012 r. poz. 361, z późn. zm.³⁾), zwanej dalej „ustawą o podatku dochodowym od osób fizycznych”, stanowiący załącznik nr 4 do rozporządzenia.

3. Określa się wzór deklaracji wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, o symbolu DEK-II-b, dotyczącej wpłat należnych na podstawie art. 29 ust. 3a¹, 3b, 3c lub 3g ustawy, stanowiący załącznik nr 5 do rozporządzenia.

4. Określa się wzór deklaracji wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, o symbolu DEK-W, dotyczącej wpłat należnych na podstawie art. 23 ustawy, stanowiący załącznik nr 6 do rozporządzenia.

5. Określa się wzór deklaracji rocznej wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, o symbolu DEK-R, dotyczącej rozliczenia wpłat należnych na podstawie art. 21 ust. 1, 2a, 2b i 2g, art. 23, art. 29 ust. 3a¹, 3b, 3c i 3g, art. 31 ust. 3 pkt 1 lit. a, art. 33 ust. 4a, 4a¹, 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 wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych – deklaracji ewidencyjnej, o symbolu 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, 3c i 3g, art. 31 ust. 3 pkt 1 lit. a, art. 33 ust. 4a, 4a¹, 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.

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 22 września 2014 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Pracy i Polityki Społecznej (Dz. U. poz. 1260).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2011 r. Nr 171, poz. 1016, Nr 209, poz. 1243 i 1244 i Nr 291, poz. 1707, z 2012 r. poz. 986 i 1456, z 2013 r. poz. 73, 675, 791, 1446 i 1645 oraz z 2014 r. poz. 598, 877, 1198, 1457 i 1873.

³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2012 r. poz. 362, 596, 769, 1278, 1342, 1448, 1529 i 1540, z 2013 r. poz. 21, 888, 1027, 1036, 1287, 1304, 1387 i 1717, z 2014 r. poz. 223, 312, 567, 598, 773, 915, 1052, 1215, 1328, 1563, 1644, 1662 i 1863 oraz z 2015 r. poz. 73.

7. Określa się wzór deklaracji wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych – korzystanie z obniżenia wpłat, o symbolu DEK-I-u, dotyczącej korzystania z obniżenia wpłat przez pracodawców, o których mowa w art. 21 ust. 1, 2a, 2b i 2g ustawy, stanowiący załącznik nr 9 do rozporządzenia.

§ 2.⁴⁾ Deklaracje, o których mowa w § 1, składa się za miesiące do sierpnia 2013 r. według wzorów formularzy określonych w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej 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 (Dz. U. Nr 44, poz. 231). Deklaracje korygujące te dokumenty składa się za miesiące od grudnia 2012 r. w terminie do dnia 20 października 2013 r. według wzorów formularzy określonych w niniejszym rozporządzeniu.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia^{5), 6)}

⁴⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 26 kwietnia 2013 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ustalenia wzorów deklaracji składanych Zarządowi Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przez pracodawców zobowiązanych do wpłat na ten Fundusz (Dz. U. poz. 553), które weszło w życie z dniem 11 maja 2013 r.

⁵⁾ Rozporządzenie zostało ogłoszone w dniu 9 stycznia 2013 r.

⁶⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej 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 (Dz. U. Nr 44, poz. 231), które utraciło moc z dniem 1 grudnia 2012 r. w związku z wejściem w życie ustawy z dnia 28 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 986).

Załączniki do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 grudnia 2012 r.

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 (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”.

Składający Pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 1 ustawy, zobowiązany do wpłaty na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (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 pracodawcy¹

1. 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 sprawozdawczy⁵

1. Miesiąc	2. Rok
------------	--------

15. Deklaracja⁶

1. Zwykła 2. Korygująca

C. Dane o zatrudnieniu⁷

Zatrudnienie ogółem	E	16.	w tym osób niepełnosprawnych ogółem ⁸				E	17.
	O	18.					O	19.
w tym osób niepełnosprawnych w stopniu:								
znacznym		umiarkowanym		lekkiem		bez ustalonego stopnia niepełnosprawności ¹⁰		
ze szczególnymi schorzeniami ⁹		ze szczególnymi schorzeniami ⁹		lekkim		niepełnosprawności ¹⁰		
pozostali		pozostali						
E	20.	21.	22.	23.	24.	25.		
O	26.	27.	28.	29.	30.	31.		
Liczba pracowników odpowiadająca różnicy między zatrudnieniem zapewniającym osiągnięcie wymaganego wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych a rzeczywistym zatrudnieniem osób niepełnosprawnych ¹¹							32.	

D. Rozliczenie wpłaty¹²

D.1. Obliczenie należnej wpłaty	33. Wskaźnik zatrudnienia osób pozbawionych wolności ¹³	34. Przeciętne wynagrodzenie ¹⁴	35. Wpłata należna ¹⁵
D.2. Obniżenie wpłaty	36. Przysługujące obniżenie (1) ¹⁶	37. Przysługujące obniżenie (2) ¹⁷	38. Liczba informacji wykorzystanych do obniżenia wpłaty ¹⁸
	39. Wykorzystane obniżenie (1) ¹⁹	40. Wykorzystane obniżenie (2) ²⁰	41. Wpłata po obniżeniu ²¹
D.3. Złagodzenie obowiązku wpłaty ²²	42. Podstawa prawna złagodzenia obowiązku wpłaty ²³		43. Kwota złagodzenia obowiązku wpłaty ²⁴
D.4.	Kwota do zapłaty ²⁵		44.

E. Uwagi

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

45. Data wypełnienia deklaracji²⁶

_____-_____-____

46. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej

POUCZENIE W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. 44 lub wpłacenia jej w niepełnej wysokości 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-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 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 wskazywane w bloku C zaokrągla się do drugiej cyfry po przecinku w dół – jeżeli trzecia cyfra po przecinku jest mniejsza niż 5, w górę – jeżeli trzecia cyfra po przecinku należy do przedziału od 5 do 9. Należy podać przeciętne miesięczne stany zatrudnienia w etatach (w wierszach oznaczonych symbolem E) oraz w osobach (w wierszach oznaczonych symbolem O), ustalone odpowiednio na podstawie art. 2a i art. 21 ust. 1 i 5 ustawy.

⁸ Należy wykazać rzeczywisty stan pracowników. Poz. 17 = poz. 20 + poz. 21 + poz. 22 + poz. 23 + poz. 24 + poz. 25. Poz. 19 = poz. 26 + poz. 27 + poz. 28 + poz. 29 + poz. 30 + poz. 31.

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 Osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności (osoby, które nie ukończyły 16. roku życia) lub osoby, których niepełnosprawność została potwierdzona orzeczeniem, o którym mowa w art. 3, 5, 5a lub 62 ustawy, lecz w odniesieniu do całości lub części okresu sprawozdawczego w orzeczeniu tym nie ustalono stopnia niepełnosprawności tej osoby.

¹¹ Poz. 32 = $0,06 \times \text{poz. 16} - (3 \times \text{poz. 20} + 2 \times \text{poz. 22} + \text{poz. 17})$.

¹² Dane wykazywane w bloku D 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, 41, 43 i 44 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.

¹³ 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, uwzględniając osoby zatrudnione na podstawie skierowania do pracy, przez stan zatrudnienia ogółem, uwzględniając pracowników oraz osoby pozbawione wolności, zatrudnione na podstawie skierowania do pracy.

¹⁴ 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 2013 r. poz. 1440, z późn. zm.).

¹⁵ 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, 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 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 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 poz. 35 = 0.

¹⁶ Łączna kwota obniżenia wpłat nabytego 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), które utraciło moc z dniem 2 stycznia 1999 r. Nie należy uwzględniać kwot obniżenia w części wykorzystanej.

¹⁷ Łączna kwota obniżenia wpłat nabytego na podstawie art. 22 ustawy na zasadach obowiązujących od dnia 1 stycznia 1999 r. Nie należy uwzględniać kwot obniżenia w części wykorzystanej ani w zakresie, w którym uprawnienie do obniżenia wpłat uległo przedawnieniu.

¹⁸ Należy wykazać liczbę informacji o obniżeniu wpłat na PFRON uzyskanych do dnia złożenia deklaracji DEK-I-0 i wykorzystanych do obniżenia wpłaty wykazanej w poz. 35. Dane o tych informacjach należy wykazać w deklaracji DEK-I-u. Jeżeli nie zastosowano obniżenia wpłaty, należy wykazać 0.

¹⁹ Łączna kwota obniżenia wpłat nabytego 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), które utraciło moc z dniem 2 stycznia 1999 r., które zostało wykorzystane do obniżenia wpłaty wykazanej w poz. 35. Poz. 39 ≤ poz. 36. Poz. 39 + poz. 40 ≤ poz. 35. Począwszy od wpłaty za styczeń 2004 r. poz. 39 + poz. 40 ≤ 0,8 x poz. 35.

²⁰ Obniżenie nabyte na zasadach obowiązujących od dnia 1 stycznia 1999 r., które zostało wykorzystane do obniżenia wpłaty wykazanej w poz. 35. Poz. 40 ≤ poz. 37. Poz. 39 + poz. 40 ≤ poz. 35. Począwszy od wpłaty za styczeń 2004 r., poz. 39 + poz. 40 ≤ 0,8 x poz. 35.

²¹ Poz. 41 = poz. 35 – poz. 39 – poz. 40.

²² Umorzenie, rozłożenie na raty lub odroczenie terminu płatności. Poz. 43 ≤ poz. 35 – poz. 41.

²³ Należy podać przepis i pełny tytuł ustawy, na podstawie której zastosowano umorzenie, rozłożenie na raty lub odroczenie terminu płatności wpłat.

²⁴ Należy podać kwotę wpłaty objętą umorzeniem przed dniem złożenia deklaracji.

²⁵ Poz. 44 = poz. 41 – poz. 43.

²⁶ 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 (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”.
Składający	Pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 2a i 2g ustawy, zobowiązany do wpłaty na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (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 pracodawcy¹					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 zatrudnieniu⁷							
Zatrudnienie ogółem		E 16. _____	w tym osób niepełnosprawnych ogółem ⁸		E 17. _____		
		O 18. _____			O 19. _____		
w tym osób niepełnosprawnych w stopniu:							
znacznym		umiarkowanym		lekkiem		bez ustalonego stopnia niepełnosprawności ¹⁰	
ze szczególnymi schorzeniami ⁹		ze szczególnymi schorzeniami ⁹					
pozostali		pozostali					
E 20. _____	21. _____	22. _____	23. _____	24. _____	25. _____		
O 26. _____	27. _____	28. _____	29. _____	30. _____	31. _____		
Liczba pracowników odpowiadająca różnicy między zatrudnieniem zapewniającym osiągnięcie wymaganego wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych a rzeczywistym zatrudnieniem osób niepełnosprawnych ¹¹						32. _____	

D. Rozliczenie wpłaty¹²				
D.1.	Obliczenie należnej wpłaty	33. Wskaźnik zatrudnienia osób pozbawionych wolności ¹³ _____	34. Przeciętne wynagrodzenie ¹⁴ _____	35. Wpłata należna ¹⁵ _____
D.2.	Obniżenie wpłaty	36. Przysługujące obniżenie (1) ¹⁶ _____	37. Przysługujące obniżenie (2) ¹⁷ _____	38. Liczba informacji wykorzystanych do obniżenia wpłaty ¹⁸ _____
		39. Wykorzystane obniżenie (1) ¹⁹ _____	40. Wykorzystane obniżenie (2) ²⁰ _____	41. Wpłata po obniżeniu ²¹ _____
D.3.	Złagodzenie obowiązku wpłaty ²²	42. Podstawa prawna złagodzenia obowiązku wpłaty ²³		43. Kwota złagodzenia obowiązku wpłaty ²⁴ _____
D.4.	Kwota do zapłaty ²⁵			44. _____

E. Uwagi	_____
-----------------	-------

Oświadczam, że dane zawarte w deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.		POUCZENIE W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. 44 lub wpłacenia jej w niepełnej wysokości deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.	
45. Data wypełnienia deklaracji ²⁶ ____-____-____	46. 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 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 wskazywane w bloku C zaokrągla się do drugiej cyfry po przecinku w dół – jeżeli trzecia cyfra po przecinku jest mniejsza niż 5, w górę – jeżeli trzecia cyfra po przecinku należy do przedziału od 5 do 9. Należy podać przeciętne miesięczne stany zatrudnienia w etatach (w wierszach oznaczonych symbolem E) oraz w osobach (w wierszach oznaczonych symbolem O), ustalone odpowiednio na podstawie art. 2a i art. 21 ust. 1 i 5 ustawy.
- ⁸ Należy wykazać rzeczywisty stan pracowników. Poz. 17 = poz. 20 + poz. 21 + poz. 22 + poz. 23 + poz. 24 + poz. 25. Poz. 19 = poz. 26 + poz. 27 + poz. 28 + poz. 29 + poz. 30 + poz. 31.
- 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 Osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności (osoby, które nie ukończyły 16. roku życia) lub osoby, których niepełnosprawność została potwierdzona orzeczeniem, o którym mowa w art. 3, 5, 5a lub 62 ustawy, lecz w odniesieniu do całości lub części okresu sprawozdawczego w orzeczeniu tym nie ustalono stopnia niepełnosprawności tej osoby.
- ¹¹ Poz. 32 = $0,06 \times \text{poz. 16} - (3 \times \text{poz. 20} + 2 \times \text{poz. 22} + \text{poz. 17})$.
- ¹² Dane wykazywane w bloku D 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, 41, 43 i 44 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.
- ¹³ 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, uwzględniając osoby zatrudnione na podstawie skierowania do pracy, przez stan zatrudnienia ogółem, uwzględniając pracowników oraz osoby pozbawione wolności, zatrudnione na podstawie skierowania do pracy.
- ¹⁴ 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 2013 r. poz. 1440, z późn. zm.).
- ¹⁵ 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, 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 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 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 poz. 35 = 0.
- ¹⁶ Łączna kwota obniżenia wpłat nabytego 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), które utraciło moc z dniem 2 stycznia 1999 r. Nie należy uwzględniać kwot obniżenia w części wykorzystanej.
- ¹⁷ Łączna kwota obniżenia wpłat nabytego na zasadach obowiązujących od dnia 1 stycznia 1999 r. Nie należy uwzględniać kwot obniżenia w części wykorzystanej ani w zakresie, w którym uprawnienie do obniżenia wpłat uległo przedawnieniu.
- ¹⁸ Należy wykazać liczbę informacji o obniżeniu wpłat na PFRON uzyskanych do dnia złożenia deklaracji DEK-I-a i wykorzystanych do obniżenia wpłaty wykazanej w poz. 35. Dane o tych informacjach należy wykazać w deklaracji DEK-I-u. Jeżeli nie zastosowano obniżenia wpłaty, należy wykazać 0.
- ¹⁹ Łączna kwota obniżenia wpłat nabytego 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), które utraciło moc z dniem 2 stycznia 1999 r., które zostało wykorzystane do obniżenia wpłaty wykazanej w poz. 35. Poz. 39 ≤ poz. 36. Poz. 39 + poz. 40 ≤ poz. 35. Począwszy od wpłaty za styczeń 2004 r. poz. 39 + poz. 40 ≤ 0,8 x poz. 35.
- ²⁰ Obniżenie nabyte na zasadach obowiązujących od dnia 1 stycznia 1999 r., które zostało wykorzystane do obniżenia wpłaty wykazanej w poz. 35. Poz. 40 ≤ poz. 37. Poz. 39 + poz. 40 ≤ poz. 35. Począwszy od wpłaty za styczeń 2004 r., poz. 39 + poz. 40 ≤ 0,8 x poz. 35.
- ²¹ Poz. 41 = poz. 35 – poz. 39 – poz. 40.
- ²² Umorzenie, rozłożenie na raty lub odroczenie terminu płatności. Poz. 43 ≤ poz. 35 – poz. 41.
- ²³ Należy podać przepis i pełny tytuł ustawy, na podstawie której zastosowano umorzenie, rozłożenie na raty lub odroczenie terminu płatności wpłat.
- ²⁴ Należy podać kwotę wpłaty objętą umorzeniem przed dniem złożenia deklaracji.
- ²⁵ Poz. 44 = poz. 41 – poz. 43.
- ²⁶ 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 (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”.
Składający	Pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 2b i 2g ustawy, zobowiązany do wpłaty na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (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 i kształceniu ⁷					
C.1. Pracownicy ⁸					
Zatrudnienie ogółem		E 16. _____		w tym osób niepełnosprawnych ogółem ⁹	
		O 18. _____		E 17. _____	
				O 19. _____	
w tym osób niepełnosprawnych w stopniu:					
		znacznym	umiarkowanym		bez ustalonego stopnia
		ze szczególnymi schorzeniami ¹⁰	ze szczególnymi schorzeniami ¹⁰		niepełnosprawności ¹¹
		pozostali	pozostali		
E 20. _____		21. _____	22. _____	23. _____	24. _____
O 26. _____		27. _____	28. _____	29. _____	30. _____
					25. _____
					31. _____

C.2. Wychowankowie, uczniowie, studenci, słuchacze					
Ogółem ¹²		32. _____		w tym osób niepełnosprawnych ogółem ¹³	
				33. _____	
w tym osób niepełnosprawnych w stopniu:					
		znacznym	umiarkowanym		bez ustalonego stopnia
		ze szczególnymi schorzeniami ¹⁰	ze szczególnymi schorzeniami ¹⁰		niepełnosprawności ¹¹
		pozostali	pozostali		
34. _____		35. _____	36. _____	37. _____	38. _____
					39. _____

C.3. Wskaźniki		40. Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych ¹⁴ _____		41. Wskaźnik niepełnosprawnych wychowanków, uczniów, studentów lub słuchaczy ¹⁵ _____	
----------------	--	---	--	---	--

Liczba pracowników odpowiadająca różnicy między zatrudnieniem zapewniającym osiągnięcie wymaganego wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych a rzeczywistym zatrudnieniem osób niepełnosprawnych ¹⁶				42. _____	
--	--	--	--	-----------	--

D. Rozliczenie wpłaty ¹⁷					
D.1. Obliczenie należnej wpłaty		43. Wskaźnik zatrudnienia osób pozbawionych wolności ¹⁸ _____		44. Przeciętne wynagrodzenie ¹⁹ _____	
				45. Wpłata należna ²⁰ _____	
D.2. Obniżenie wpłaty		46. Przysługujące obniżenie (1) ²¹ _____		47. Przysługujące obniżenie (2) ²² _____	
		49. Wykorzystane obniżenie (1) ²⁴ _____		48. Liczba informacji wykorzystanych do obniżenia wpłaty ²³ _____	
		50. Wykorzystane obniżenie (2) ²⁵ _____		51. Wpłata po obniżeniu ²⁶ _____	
D.3. Złagodzenie obowiązku wpłaty ²⁷		52. Podstawa prawna złagodzenia obowiązku wpłaty ²⁸ _____		53. Kwota złagodzenia obowiązku wpłaty ²⁹ _____	
D.4.		Kwota do zapłaty ³⁰			54. _____

E. Uwagi		_____			
----------	--	-------	--	--	--

Oświadczam, że dane zawarte w deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.		POUCZENIE W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. 54 lub wpłacenia jej w niepełnej wysokości deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.			
55. Data wypełnienia deklaracji ³¹ ____-____-____		56. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej _____			

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 wskazywane w bloku C.1. i C.2. zaokrągla się do drugiej cyfry po przecinku w dół – jeżeli trzecia cyfra po przecinku jest mniejsza niż 5, albo w górę – jeżeli trzecia cyfra po przecinku należy do przedziału od 5 do 9. Dane wskazywane w poz. 40-42 zaokrągla się odpowiednio do czwartej cyfry po przecinku. W bloku C.1. należy podać przeciętne miesięczne stany zatrudnienia w etatach (w wierszach oznaczonych symbolem E) oraz w osobach (w wierszach oznaczonych symbolem O). W bloku C.2. należy podać przeciętne miesięczne stany wychowanków, uczniów, studentów i słuchaczy w osobach.
- ⁸ Należy wykazać przeciętne miesięczne stany zatrudnienia, ustalone odpowiednio na podstawie art. 2a i art. 21 ust. 1 i 5 ustawy.
- ⁹ Należy wykazać rzeczywisty stan pracowników. Poz. 17 = poz. 20 + poz. 21 + poz. 22 + poz. 23 + poz. 24 + poz. 25. Poz. 19 = poz. 26 + poz. 27 + poz. 28 + poz. 29 + poz. 30 + poz. 31.
- ¹⁰ 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.).
- ¹¹ Osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności (osoby, które nie ukończyły 16. roku życia) lub osoby, których niepełnosprawność została potwierdzona orzeczeniem, o którym mowa w art. 3, 5, 5a lub 62 ustawy, lecz w odniesieniu do całości lub części okresu sprawozdawczego w orzeczeniu tym nie ustalono stopnia niepełnosprawności tej osoby.
- ¹² 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.
- ¹³ Należy wykazać rzeczywisty stan wychowanków, uczniów, studentów i słuchaczy. Poz. 33 = poz. 34 + poz. 35 + poz. 36 + poz. 37 + poz. 38 + poz. 39.
- ¹⁴ Poz. 40 = (3 x poz. 20 + 2 x poz. 22 + poz. 17) / poz. 16.
- ¹⁵ Poz. 41 = (3 x poz. 34 + 2 x poz. 36 + 2 x poz. 33) / poz. 32.
- ¹⁶ Poz. 42 = poz. 16 x [Wu – poz. 40 – poz. 41]. Wu = 0,01 w latach 2001-2004, Wu = 0,02 w roku 2005 oraz w latach następujących.
- ¹⁷ Dane wykazywane w bloku D 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. 45, 51, 53 i 54 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.
- ¹⁸ Wypełnia pracodawca prowadzący przywiózny 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.
- ¹⁹ 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 2013 r. poz. 1440, z późn. zm.).
- ²⁰ Poz. 45 = 0,4065 x poz. 42 x poz. 44. Z tym że w odniesieniu do przywióznych zakładów pracy, w których w poprzednim roku wskaźnik osób pozbawionych wolności wynosił co najmniej 0,2, lecz nie osiągnął 0,3, poz. 45 = 0,75 x 0,4065 x poz. 42 x poz. 44, jeżeli wskaźnik osób pozbawionych wolności wynosił co najmniej 0,3, lecz nie osiągnął 0,4, to poz. 45 = 0,5 x 0,4065 x poz. 42 x poz. 44, a jeżeli wskaźnik osób pozbawionych wolności wynosił co najmniej 0,4, lecz nie osiągnął 0,5, to poz. 45 = 0,25 x 0,4065 x poz. 42 x poz. 44. Jeżeli wskaźnik osób pozbawionych wolności wynosił co najmniej 0,5, to poz. 45 = 0.
- ²¹ Łączna kwota obniżenia wpłat nabytego 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), które utraciło moc z dniem 2 stycznia 1999 r. Nie należy uwzględniać kwot obniżenia w części wykorzystanej.
- ²² Łączna kwota obniżenia wpłat nabytego na zasadach obowiązujących od dnia 1 stycznia 1999 r. Nie należy uwzględniać kwot obniżenia w części wykorzystanej ani w zakresie, w którym uprawnienie do obniżenia wpłat uległo przedawnieniu.
- ²³ Należy wykazać liczbę informacji o obniżeniu wpłat na PFRON uzyskanych do dnia złożenia deklaracji DEK-I-b i wykorzystanych do obniżenia wpłaty wykazanej w poz. 45. Dane o tych informacjach należy wykazać w deklaracji DEK-I-u. Jeżeli nie zastosowano obniżenia wpłaty, należy wykazać 0.
- ²⁴ Łączna kwota obniżenia wpłat nabytego 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), które utraciło moc z dniem 2 stycznia 1999 r., które zostało wykorzystane do obniżenia wpłaty wykazanej w poz. 45. Poz. 49 ≤ poz. 46. Poz. 49 + poz. 50 ≤ poz. 45. Począwszy od wpłaty za styczeń 2004 r., poz. 49 + poz. 50 ≤ 0,8 x poz. 45.
- ²⁵ Obniżenie nabyte na zasadach obowiązujących od dnia 1 stycznia 1999 r., które zostało wykorzystane do obniżenia wpłaty wykazanej w poz. 45. Poz. 50 ≤ poz. 47. Poz. 49 + poz. 50 ≤ poz. 45. Począwszy od wpłaty za styczeń 2004 r., poz. 49 + poz. 50 ≤ 0,8 x poz. 45.
- ²⁶ Poz. 51 = poz. 45 – poz. 49 – poz. 50.
- ²⁷ Umorzenie, rozłożenie na raty lub odroczenie terminu płatności. Poz. 53 ≤ poz. 45 – poz. 51.
- ²⁸ Należy podać przepis i pełny tytuł ustawy, na podstawie której zastosowano umorzenie, rozłożenie na raty lub odroczenie terminu płatności wpłat.
- ²⁹ Należy podać kwotę wpłaty objętą umorzeniem przed dniem złożenia deklaracji.
- ³⁰ Poz. 54 = poz. 51 – poz. 53.
- ³¹ Należy podać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.

WZÓR

DEK-II-a

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 (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”.
Składający	Pracodawca, o którym mowa w art. 31 ust. 3 pkt 1 lit. a, art. 33 ust. 4a, 4a ¹ , 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 (Dz. U. z 2012 r. poz. 361, z późn. zm.), zobowiązany do wpłaty na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (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 pracodawcy¹				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 wpłaty⁷					
C.1. Obliczenie kwoty należnej wpłaty					
Podstawy prawne naliczenia i kwoty wpłat, o których mowa w ustawie					
16. art. 33 ust. 4a ⁸ _____	17. art. 33 ust. 4a ⁹ _____	18. art. 33 ust. 4c ¹⁰ _____	19. art. 33 ust. 7 i 7a ¹¹ _____	20. art. 33 ust. 7 i 8a ¹² _____	21. art. 31 ust. 3 pkt 1 lit. a _____
Wpłata, o której mowa w art. 38 ust. 2 pkt 1 lit. a tiret pierwsze ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych			22. _____	Wpłata należna ¹³	23. _____
C.2. Złagodzenie obowiązku wpłaty ¹⁴		24. Podstawa prawna złagodzenia obowiązku wpłaty ¹⁵ _____		25. Kwota złagodzenia obowiązku wpłaty ¹⁶ _____	
C.3.				Kwota do zapłaty ¹⁷ 26. _____	

D. Dane o zatrudnieniu¹⁸							
Zatrudnienie ogółem ¹⁹		E	27. _____	w tym osób niepełnosprawnych ogółem ¹⁹		E	28. _____
		O	29. _____			O	30. _____
Dane o zatrudnieniu grup osób niepełnosprawnych w stopniach:		znacznym	umiarkowanym	lekkim	bez ustalonego stopnia niepełnosprawności ²⁰		
wykonawcy pracy nakładczej, o których mowa w art. 28 ust. 3 ustawy		E	31. _____	32. _____	33. _____	34. _____	
		O	35. _____	36. _____	37. _____	38. _____	
osoby, o których mowa w art. 28 ust. 1 pkt 1 lit. b ustawy ¹⁹		E	39. _____	40. _____	41. _____	42. _____	
		O	43. _____	44. _____	45. _____	46. _____	
osoby, o których mowa w art. 22 ust. 1 ustawy ²¹		E	47. _____	48. _____			
		O	49. _____	50. _____			
osoby, o których mowa w art. 21 ust. 4 ustawy ²¹		E	51. _____	52. _____			
		O	53. _____	54. _____			

E. Uwagi _____	
Oświadczam, że dane zawarte w deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.	
55. Data wypełnienia deklaracji ²² - -	56. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej

POUCZENIE W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. 26 lub wpłacenia jej w niepełnej wysokości deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

⁷⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 2 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 4.

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 C.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. 16-23, 25 i 26 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 Kwota 30% niezgodnie z ustawą przeznaczonych środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych (ZFRON) oraz środków nieterminowo przekazanych na ten fundusz. Okresem sprawozdawczym jest w odniesieniu do tej wpłaty miesiąc, w którym przypada dzień ujawnienia niezgodnego z ustawą przeznaczenia środków ZFRON lub nieterminowego przekazania środków na ten fundusz.

⁹ Kwota 30% środków ZFRON, który odpowiednio powinien być zostać utworzony lub dla którego pracodawca powinien być prowadzić ewidencję lub rachunek bankowy. Okresem sprawozdawczym jest miesiąc, w którym przypada dzień ujawnienia utworzenia ZFRON, nieprowadzenia ewidencji środków ZFRON lub nieprowadzenia rachunku bankowego środków tego funduszu.

¹⁰ 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 przepisany terminie. Okresem sprawozdawczym jest miesiąc, w którym przypada dzień 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.

¹¹ 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 obowiązku zwrotu środków ZFRON:

- a) w przypadku upadłości, na dzień wydania postanowienia o ogłoszeniu upadłości, a w przypadku wydania postanowienia o ogłoszeniu upadłości po ponownym rozpoznaniu sprawy w następstwie uchylecia postanowienia przez sąd drugiej instancji, na dzień wydania pierwszego postanowienia o ogłoszeniu upadłości,
- b) w przypadku utraty statusu zakładu pracy chronionej, ostatni dzień miesiąca, w którym nastąpiło zaprzestanie spełniania warunków określonych w art. 33 ust. 7b ustawy,
- c) w przypadku likwidacji, na dzień wykreślenia z ewidencji działalności gospodarczej lub Krajowego Rejestru Sądowego.

¹² 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. Okresem sprawozdawczym jest w odniesieniu do tej wpłaty miesiąc, w którym przypada dzień 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.

¹³ Poz. 23 = poz. 16 + poz. 17 + poz. 18 + poz. 19 + poz. 20 + poz. 21 + poz. 22.

¹⁴ Umorzenie, rozłożenie na raty lub odroczenie terminu płatności. Poz. 25 ≤ poz. 23.

¹⁵ Należy podać przepis i pełny tytuł ustawy, na podstawie której zastosowano umorzenie, rozłożenie na raty lub odroczenie terminu płatności wpłat.

¹⁶ Należy podać kwotę wpłaty objętą umorzeniem przed dniem złożenia deklaracji.

¹⁷ Poz. 26 = poz. 23 – poz. 25.

¹⁸ Należy podać przeciętne miesięczne stany zatrudnienia w etatach (w wierszach oznaczonych symbolem E) oraz w osobach (w wierszach oznaczonych symbolem O). Dane wykazywane w bloku D 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.

¹⁹ Należy wykazać pracowników w rozumieniu art. 2 Kodeksu pracy oraz wykonawców pracy nakładczej, o których mowa w art. 28 ust. 3 ustawy.

²⁰ Osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności (osoby, które nie ukończyły 16. roku życia) lub osoby, których niepełnosprawność została potwierdzona orzeczeniem, o którym mowa w art. 3, 5, 5a lub 62 ustawy, lecz w odniesieniu do całości lub części okresu sprawozdawczego w orzeczeniu tym nie ustalono stopnia niepełnosprawności tej osoby.

²¹ Należy wykazać pracowników w rozumieniu art. 2 Kodeksu pracy.

²² Należy podać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.

WZÓR

DEK-II-b

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 (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”.
Składający	Pracodawca, o którym mowa w art. 29 ust. 3a ¹ , 3b, 3c lub 3g ustawy, zobowiązany do wpłaty na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (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 pracodawcy¹				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					
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 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
Data przejęcia prowadzenia zakładu aktywności zawodowej		21. - -	art. 29 ust. 3g ustawy ¹¹		22.
Odpowiednio: ⁶ <input type="checkbox"/> data upływu terminu, o którym mowa w art. 29 ust. 3f ustawy, w razie niewystąpienia z wnioskiem o wydanie decyzji o przyznaniu statusu zakładu aktywności zawodowej albo <input type="checkbox"/> data upływu terminu do wniesienia odwołania od decyzji o odmowie przyznania statusu, jeżeli strona nie wniosła odwołania albo <input type="checkbox"/> data wydania decyzji o odmowie przyznania statusu przez organ II instancji		23. - -			
			Wpłata należna ¹²		24.
C.2. Złagodzenie obowiązku wpłaty¹³		25. Podstawa prawna złagodzenia obowiązku wpłaty ¹⁴		26. Kwota złagodzenia obowiązku wpłaty ¹⁵	
C.3.		Kwota do zapłaty ¹⁶			27.

D. Uwagi	

Oświadczam, że dane zawarte w deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.		POUCZENIE: W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. 27 lub wpłacenia jej w niepełnej wysokości deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.
28. Data wypełnienia deklaracji ¹⁷ - -	29. 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 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 C.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, 22, 24, 26 i 27 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, niewykorzystanych środków PFRON oraz niewykorzystanych środków zakładowego funduszu aktywności wraz z kwotą odpowiadającą kwocie wydatkowanej z 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 powstania obowiązku zwrotu środków:
- a) na dzień utraty statusu zakładu aktywności zawodowej,
 - b) w przypadku upadłości organizatora zakładu aktywności zawodowej, na dzień wydania postanowienia o ogłoszeniu upadłości, a w przypadku wydania postanowienia o ogłoszeniu upadłości po ponownym rozpoznaniu sprawy w następstwie uchylecia postanowienia przez sąd drugiej instancji, na dzień wydania pierwszego postanowienia o ogłoszeniu upadłości,
 - c) w przypadku likwidacji zakładu aktywności zawodowej lub organizatora zakładu aktywności zawodowej, na dzień wykreślenia z ewidencji działalności gospodarczej lub Krajowego Rejestru Sądowego.
- ¹¹ Kwota, stanowiąca wartość mienia zakładu aktywności zawodowej sfinansowanego ze środków PFRON w części, która nie została pokryta odpisami amortyzacyjnymi wynikającymi z Wykazu rocznych stawek amortyzacyjnych na dzień przejęcia oraz niewykorzystane środki Funduszu, środki przekazane na tworzenie lub działanie zakładu aktywności zawodowej i środki znajdujące się na rachunku zakładowego funduszu aktywności, ustalona według stanu na dzień przejęcia prowadzenia zakładu aktywności zawodowej.
- ¹² Poz. 24 = poz. 17 + poz. 19 + poz. 22.
- ¹³ Umorzenie, rozłożenie na raty lub odroczenie terminu płatności. Poz. 26 ≤ poz. 24.
- ¹⁴ Należy podać przepis i pełny tytuł ustawy, na podstawie której zastosowano umorzenie, rozłożenie na raty lub odroczenie terminu płatności wpłat.
- ¹⁵ Należy podać kwotę wpłaty objętą umorzeniem przed dniem złożenia deklaracji.
- ¹⁶ Poz. 27 = poz. 24 – poz. 26.

WZÓR

DEK-W

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 (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”.
Składający	Pracodawca, o którym mowa w art. 23 ustawy, zobowiązany do wpłaty na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (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 pracodawcy¹					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 wpłaty⁷					
C.1.	Powstanie obowiązku wpłaty	16. Przyczyna utraty zdolności do pracy na dotychczasowym stanowisku pracy ⁸ <input type="checkbox"/> 1. Wypadek przy pracy <input type="checkbox"/> 2. Choroba zawodowa		17. Data uznania pracownika za osobę niepełnosprawną ⁸ - -	
		18. Data zgłoszenia gotowości przystąpienia do pracy ⁸ - -		19. Data rozwiązania umowy o pracę ⁸ - -	
C.2.	Obliczenie należnej wpłaty	20. Przeciętne wynagrodzenie ⁹ _____		21. Wpłata należna ¹⁰ _____	
C.3.	Złagodzenie obowiązku wpłaty ¹¹	22. Podstawa prawna złagodzenia obowiązku wpłaty 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(-ma) 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 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 ⁸ - -	26. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej _____	

DEK-W 1_{r1}

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 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 C.2.

⁶ Należy w odpowiednim polu wstawić znak „X”.

⁷ 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.

⁸ Należy podać daty w formacie: rok-miesiąc-dzień.

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 2013 r. poz. 1440, z późn. zm.).

¹⁰ Poz. 21 = 15 x 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.

¹⁴ Poz. 24 = poz. 21 – poz. 23.

WZÓR

DEK-R

Deklaracja roczna wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych – rozliczenie wpłat

Podstawa prawna	Art. 49 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”.
Składający	Pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 1, 2a, 2b i 2g, art. 23, art. 29 ust. 3a ¹ , 3b, 3c i 3g, art. 31 ust. 3 pkt 1 lit. a, art. 33 ust. 4a, 4a ¹ , 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 Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (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				15. Deklaracja ⁵			
				1. Rok				<input type="checkbox"/> 1. Zwykła <input type="checkbox"/> 2. Korygująca			

C. Składanie deklaracji za poszczególne miesiące ⁶											
Obowiązki sprawozdawcze											
Za miesiąc	Deklaracje miesięcznych wpłat							Deklaracje wpłat			
	DEK-I-0	DEK-I-a	DEK-I-b	Nie dotyczy z uwagi na: ⁷				DEK-II-a	DEK II-b	DEK-W	Nie dotyczy ⁸
				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 ⁹	148.	Suma dokonanych wpłat ¹⁰	149.
Nadpłata ¹¹	150.	Kwota należna do zapłaty ¹²	151.

E. Uwagi	

Oświadczam, że dane zawarte w deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.		POUCZENIE W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. 151 lub wpłacenia jej w niepełnej wysokości deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.
152. Data wypełnienia deklaracji ¹³	153. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej	

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” dla danego miesiąca.
- ⁷ Zaznacza pracodawca, który nie składał deklaracji z uwagi na to, że nie podlegał obowiązkowi wpłat wykazywanych w deklaracjach DEK-I-0, DEK-I-a ani DEK-I-b.
- ⁸ 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.
- ⁹ 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.
- ¹⁰ Należy wykazać kwotę z poz. 148 w części wpłaconej do PFRON (bez odsetek).
- ¹¹ Poz. 150 = poz. 149 – poz. 148. Jeżeli poz. 150 \leq 0, to należy wpisać 0.
- ¹² Poz. 151 = poz. 148 – poz. 149. Jeżeli poz. 151 \leq 0, to należy wpisać 0.
- ¹³ Należy podać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.

WZÓR

DEK-Z

Deklaracja wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych – deklaracja ewidencyjna

Podstawa prawna	Art. 49 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”.
Składający	Pracodawca zobowiązany do wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) na podstawie art. 21 ust. 1, 2a, 2b i 2g, art. 23, art. 29 ust. 3a ¹ , 3b, 3c i 3g, art. 31 ust. 3 pkt 1 lit. a, art. 33 ust. 4a, 4a ¹ , 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 (Dz. U. z 2012 r. poz. 361, z późn. zm.).
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 PFRON ² _____	
2. NIP ³ _____		3. REGON ³ _____		4. Pełna nazwa _____	
5. Forma prawna ⁴ _____	6. Szczególna forma prawna ⁵ _____	7. Forma własności ⁶ _____	8. Wielkość ⁷ _____	9. Identyfikator adresu ⁸ _____	10. PKD ⁹ _____

B. Dane o deklaracji	11. Deklaracja ¹⁰	12. Okres sprawozdawczy		13. Dokument składany wraz z deklaracją ¹⁰	
	<input type="checkbox"/> 1. Zgłoszeniowa <input type="checkbox"/> 2. Aktualizacyjna	1. Miesiąc _____	2. Rok _____	<input type="checkbox"/> 1. DEK-I-0 <input type="checkbox"/> 2. DEK-I-a <input type="checkbox"/> 3. DEK-I-b <input type="checkbox"/> 4. DEK-W <input type="checkbox"/> 5. DEK-II-a <input type="checkbox"/> 6. DEK-II-b <input type="checkbox"/> 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 ¹²				23. Nazwa	
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. Dane pełnomocnika ¹³			33. Pełnomocnik ¹⁴		
34. Ulica		35. Nr domu	36. Nr lokalu	37. Miejscowość	
38. Kod pocztowy _____	39. Poczta	40. Telefon ¹¹		41. Faks ¹¹	42. E-mail
C.4. Organ rejestrowy		43. Pełna nazwa organu rejestrowego ¹⁵			
44. Nazwa rejestru lub ewidencji ¹⁶		45. Data rejestracji ¹⁷ _____		46. Numer w rejestrze lub ewidencji	
C.5. Rachunek bankowy		47. Rachunek bankowy, z którego będą dokonywane wpłaty na PFRON _____			

D. Typ pracodawcy ¹⁸				
D.1. Typ pracodawcy o szczególnym statusie	48. Typ pracodawcy ¹⁰		49. Rodzaj decyzji ¹⁰	50. Podstawa uzyskania lub utraty statusu ¹⁶
	<input type="checkbox"/> 1. Prowadzący zakład pracy chronionej <input type="checkbox"/> 2. Prowadzący zakład aktywności zawodowej <input type="checkbox"/> 3. Inny		<input type="checkbox"/> 1. Przyznająca status <input type="checkbox"/> 2. Stwierdzająca utratę statusu	_____
51. Data wydania decyzji ¹⁷ _____		52. Znak decyzji		53. Data uzyskania lub utraty statusu ¹⁷ _____
D.2. Typy pracodawców, o których mowa w art. 21 ustawy ²⁰		54. Pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 2a ustawy ²¹ _____		55. Pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 2b ustawy ²² _____

E. Podleganie obowiązkowi wpłat ²³	
56. Okres, za który po raz pierwszy pracodawca podlegał obowiązkowi wpłat ²⁴ _____	57. Podstawa prawna podlegania obowiązkowi wpłat ²⁵ _____

F. Osoba odpowiedzialna za kontakty z Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych				
58. Imię	59. Nazwisko	60. Telefon ¹¹	61. Faks ¹¹	62. E-mail

G. Uwagi	Oświadczam, że dane zawarte w deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.	
	63. Data wypełnienia deklaracji ¹⁷ _____	64. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej

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 2012 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 dziewiątej 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 kodami 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 – Skarb 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 odpowiednio 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, z późn. zm.).

¹⁰ Należy w odpowiednim polu wstawić znak „X”.

¹¹ Należy podać także numer kierunkowy.

¹² Poz. 23-32 należy wypełnić, jeżeli adres do korespondencji pracodawcy jest inny niż adres wykazany w bloku C.1.

¹³ Jeżeli pracodawca udzielił pełnomocnictwa obejmującego podpisywanie informacji lub deklaracji wpłat na PFRON, to w poz. 33-42 należy wykazać nazwę i adres do korespondencji pełnomocnika. Jednocześnie należy złożyć odpowiednio pełnomocnictwo oraz dowód uiszczenia opłaty skarbowej za udzielone pełnomocnictwo (o ile opłata jest wymagana) albo zawiadomienie o odwołaniu pełnomocnictwa.

¹⁴ Należy podać imię i nazwisko pełnomocnika.

¹⁵ Dotyczy także organów wydających koncesje, zezwolenia, pozwolenia.

¹⁶ Nazwa rejestru lub ewidencji, w których pracodawca jest zarejestrowany, np. Krajowy Rejestr Sądowy, ewidencja działalności gospodarczej.

¹⁷ Należy podać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.

¹⁸ Według stanu na dzień sporządzenia deklaracji.

¹⁹ 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.

²⁰ Wypełnia pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 2a lub 2b ustawy.

²¹ 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 – instytucja kultury, A10 – samorządowa jednostka organizacyjna – jednostka organizacyjna zajmująca się statutowo ochroną dóbr kultury uznanych za pomnik historii, A11 – inna jednostka organizacyjna zajmująca się statutowo ochroną dóbr kultury uznanych za pomnik historii. Należy wskazać odpowiedni typ pracodawcy za okres, którego dotyczą wpłaty.

²² 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.

²³ Dotyczy zarówno zobowiązania do wpłat, jak i zwolnienia z wpłat, w szczególności na podstawie art. 21 ust. 2, 2a, 2b lub 2e ustawy.

²⁴ Należy podać daty w formacie: miesiąc-rok.

²⁵ Należy podać kod odpowiadający podstawie prawnej podlegania obowiązkowi wpłat: 10 – jeżeli podstawą podlegania obowiązkowi wpłat jest art. 21 ustawy, 0W – jeżeli podstawą podlegania obowiązkowi wpłat jest art. 23 ustawy, 2A – jeżeli pracodawca podlega obowiązkowi wpłat deklarowanych w deklaracji DEK-II-a, albo 2B – jeżeli pracodawca podlega obowiązkowi wpłat deklarowanych w deklaracji DEK-II-b.

WZÓR

DEK-I-u Deklaracja wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych – korzystanie z obniżenia wpłat

Podstawa prawna	Art. 49 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”.
Składający	Pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 1, 2a, 2b i 2g ustawy, zobowiązany do wpłaty na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (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. Numer w rejestrze PFRON ¹ _____	
2. NIP ² _____		3. REGON ² _____		4. Pełna nazwa _____	
5. Ulica _____		6. Nr domu _____	7. Nr lokalu _____	8. Miejscowość _____	
9. Kod pocztowy ____-____	10. Poczta _____		11. Telefon ³ _____		12. Faks ³ _____
13. E-mail _____					

B. Dane o deklaracji		14. Okres sprawozdawczy ⁴		15. Deklaracja ⁵		16. Deklaracja składana wraz z deklaracją ⁶		17. Kolejny numer deklaracji ⁷	
1. Miesiąc ____	2. Rok ____			<input type="checkbox"/> 1. Zwykła <input type="checkbox"/> 2. Korygująca		<input type="checkbox"/> 1. DEK-I-0 <input type="checkbox"/> 3. DEK-I-b <input type="checkbox"/> 2. DEK-I-a		_____	

C. Przysługujące obniżenie wpłat⁸										
C.1.(1) Dane o sprzedającym		18. NIP ⁹ _____			19. REGON ⁹ _____			20. Pełna nazwa _____		1
C.2.(1) Obniżenie wpłaty		21. Data uzyskania informacji o wysokości obniżenia ¹⁰ ____.____.____			22. Zasady nabycia obniżenia ¹¹ _____					
		23. Nabyte obniżenie ¹² ____.____.____			24. Przysługujące obniżenie ¹³ ____.____.____			25. Wykorzystane obniżenie ¹⁴ ____.____.____		
C.1.(2) Dane o sprzedającym		26. NIP ⁹ _____			27. REGON ⁹ _____			28. Pełna nazwa _____		2
C.2.(2) Obniżenie wpłaty		29. Data uzyskania informacji o wysokości obniżenia ¹⁰ ____.____.____			30. Zasady nabycia obniżenia ¹¹ _____					
		31. Nabyte obniżenie ¹² ____.____.____			32. Przysługujące obniżenie ¹³ ____.____.____			33. Wykorzystane obniżenie ¹⁴ ____.____.____		
C.1.(3) Dane o sprzedającym		34. NIP ⁹ _____			35. REGON ⁹ _____			36. Pełna nazwa _____		3
C.2.(3) Obniżenie wpłaty		37. Data uzyskania informacji o wysokości obniżenia ¹⁰ ____.____.____			38. Zasady nabycia obniżenia ¹¹ _____					
		39. Nabyte obniżenie ¹² ____.____.____			40. Przysługujące obniżenie ¹³ ____.____.____			41. Wykorzystane obniżenie ¹⁴ ____.____.____		
C.1.(4) Dane o sprzedającym		42. NIP ⁹ _____			43. REGON ⁹ _____			44. Pełna nazwa _____		4
C.2.(4) Obniżenie wpłaty		45. Data uzyskania informacji o wysokości obniżenia ¹⁰ ____.____.____			46. Zasady nabycia obniżenia ¹¹ _____					
		47. Nabyte obniżenie ¹² ____.____.____			48. Przysługujące obniżenie ¹³ ____.____.____			49. Wykorzystane obniżenie ¹⁴ ____.____.____		
C.1.(5) Dane o sprzedającym		50. NIP ⁹ _____			51. REGON ⁹ _____			52. Pełna nazwa _____		5
C.2.(5) Obniżenie wpłaty		53. Data uzyskania informacji o wysokości obniżenia ¹⁰ ____.____.____			54. Zasady nabycia obniżenia ¹¹ _____					
		55. Nabyte obniżenie ¹² ____.____.____			56. Przysługujące obniżenie ¹³ ____.____.____			57. Wykorzystane obniżenie ¹⁴ ____.____.____		

D. Uwagi	_____
-----------------	-------

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

58. Data wypełnienia deklaracji ¹⁰ ____.____.____	59. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej _____
---	---

Objaśnienia do formularza DEK-I-u

- ¹ Należy wpisać numer, jeżeli został nadany pracodawcy przed dniem złożenia deklaracji.
- ² 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.
- ³ Należy podać także numer kierunkowy.
- ⁴ Należy wskazać okres sprawozdawczy, za który złożono deklarację DEK-I-0, DEK-I-a lub DEK-I-b wskazaną z poz. 16.
- ⁵ Należy w odpowiednim polu wstawić znak „X”.
- ⁶ Należy w odpowiednich polach wstawić znak „X”.
- ⁷ Jeżeli składający korzystał z obniżenia wpłat wynikającego z co najmniej sześciu informacji, należy złożyć kolejną deklarację DEK-I-u nadając jej odpowiedni numer porządkowy.
- ⁸ 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. Sumę kwot z poz. 25, 33, 41, 49 i 57, dla których odpowiednio poz. 22, 30, 38, 46 lub 54 jest równa 1, należy wykazać w poz. 39 DEK-I-0 lub DEK-I-a lub poz. 49 DEK-I-b. Sumę kwot z poz. 25, 33, 41, 49 i 57 dla których odpowiednio poz. 22, 30, 38, 46 lub 54 jest równa 2, należy wykazać w poz. 40 DEK-I-0 lub DEK-I-a lub poz. 50 DEK-I-b.
- ⁹ Należy wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa. W przypadku posiadania 9-cyfrowego numeru REGON w poz. 19, 27, 35, 43 i 51 należy po dziewiątej cyfrze wpisać pięć zer. Jeżeli składający nie może ustalić numeru NIP lub REGON, to pozycje należy pozostawić niewypełnione z odpowiednią adnotacją w bloku D.
- ¹⁰ Należy podać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.
- ¹¹ Należy wpisać 1 w przypadku nabycia prawa do obniżenia wpłat 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), które utraciło moc z dniem 2 stycznia 1999 r., albo 2 w przypadku nabycia prawa do obniżenia wpłat na zasadach obowiązujących od dnia 2 stycznia 1999 r.
- ¹² Należy wykazać kwotę nabytego obniżenia wykazaną w informacji o obniżeniu wpłat przekazanej przez sprzedającego.
- ¹³ Należy wykazać kwotę przysługującego obniżenia wpłat. Nie należy uwzględniać kwot obniżenia w części wykorzystanej ani w zakresie, w którym uprawnienie do obniżenia wpłat uległo przedawnieniu.
- ¹⁴ Należy wykazać wyłącznie kwotę obniżenia wpłat wykorzystaną do obniżenia wpłaty należnej wykazanej w deklaracji DEK-I-0, DEK-I-a lub DEK-I-b złożonej wraz z deklaracją DEK-I-u za okres sprawozdawczy wykazany w poz. 14.