

232

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ¹⁾

z dnia 22 lutego 2011 r.

w sprawie określenia wzorów informacji przedstawianych przez prowadzącego zakład pracy chronionej lub zakład aktywności zawodowej oraz sposobu ich przedstawiania

Na podstawie art. 30 ust. 5 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. Określa się wzór informacji półrocznej INF-W sporządzanej przez pracodawców prowadzących zakład pracy chronionej lub zakład aktywności zawodowej, dotyczącej spełniania warunków określonych odpowiednio w art. 28 lub art. 33 ust. 1 i 3 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. Informację półroczną, o której mowa w § 1, przesyła się do wojewody właściwego dla siedziby zakładu pracy chronionej lub zakładu aktywności zawodowej w terminach:

- 1) do dnia 20 lipca — za I półrocze;
- 2) do dnia 20 stycznia — za II półrocze roku sprawozdawczego.

§ 3. Określa się wzór informacji INF-WZ sporządzanej przez pracodawców prowadzących zakład pracy

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.

chronionej lub zakład aktywności zawodowej o zmianach dotyczących spełniania warunków i realizacji obowiązków, o których mowa w art. 28 i art. 33 ust. 1 i 3 ustawy, stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia.

§ 4. 1. Informacje, o których mowa w § 1 i 3, mogą być przedstawiane w formie pisemnej lub elektronicznej.

2. W przypadku przedstawiania informacji w formie elektronicznej struktura rekordu szczegółowego odpowiada strukturze informacji przedstawianej w formie pisemnej. Rekord informacji INF-W składa się z 294 pól. Rekord informacji INF-WZ składa się z 135 pól.

3. Sporządzający informację w formie elektronicznej zachowuje kopie tej informacji na dowolnym nośniku elektronicznym lub w formie wydruku.

§ 5. Wzory informacji półrocznej INF-W w brzmieniu określonym niniejszym rozporządzeniem stosuje się, począwszy od informacji przedstawianych za pierwsze półrocze 2011 r.

§ 6. Traci moc rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 maja 2003 r. w sprawie określenia wzorów informacji przedstawianych przez prowadzącego zakład pracy chronionej lub zakład aktywności zawodowej oraz sposobu ich przedstawiania (Dz. U. Nr 104, poz. 968).

§ 7. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Pracy i Polityki Społecznej: *J. Fedak*

Załączniki do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 22 lutego 2011 r. (poz. 232)

Załącznik nr 1

WZÓR

INF-W Informacja półroczna dotycząca spełniania przez pracodawców prowadzących zakłady pracy chronionej albo zakłady aktywności zawodowej warunków określonych w art. 28 i art. 33 ust. 1 i 3 ustawy

| | |
|-------------------|---|
| Podstawa prawna: | Art. 30 ust. 4 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. |
| Składający: | Pracodawca prowadzący zakład pracy chronionej lub zakład aktywności zawodowej. |
| Termin składania: | Do dnia 20 lipca za pierwsze półrocze oraz do dnia 20 stycznia za drugie półrocze. |
| Adresat: | Wojewoda właściwy ze względu na siedzibę pracodawcy. |

| | | | | | | | |
|--|--|---|--|----------------------------------|--|--|--|
| A. Dane ewidencyjne pracodawcy ¹⁾ | | | | | | 1. Znak aktualnej decyzji o przyznaniu statusu zakładu pracy chronionej lub zakładu aktywności zawodowej | |
| 2. NIP ²⁾ | | 3. REGON ²⁾ | | 4. Pełna nazwa | | | |
| 5. Forma prawna(1) ³⁾ | | 6. Forma prawna(2) ⁴⁾ | | 7. Forma własności ⁵⁾ | | 8. Wielkość ⁶⁾ | |
| 9. Identyfikator adresu ⁷⁾ | | 10. PKD ⁸⁾ | | 11. Kod pocztowy | | 12. Poczta | |
| 13. Miejscowość | | 14. Ulica | | 15. Nr domu | | 16. Nr lokalu | |
| 17. Telefon ⁹⁾ | | 18. Faks ⁹⁾ | | 19. E-mail | | | |
| 20. Status pracodawcy ¹⁰⁾ | | <input type="checkbox"/> 1. Zakład pracy chronionej <input type="checkbox"/> 2. Zakład aktywności zawodowej <input type="checkbox"/> 3. Inny pracodawca | | | | | |

| | | | | |
|------------------------------------|--------------------------|--------|---|--|
| B. Dane o informacji ¹⁾ | | | 22. Informacja | |
| 21. Okres sprawozdawczy | | | <input type="checkbox"/> 1. Zwykła <input type="checkbox"/> 2. Korygująca | |
| 1. I Półrocze | 2. II Półrocze | 3. Rok | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

C. Informacja o wywiązywaniu się przez pracodawcę z obowiązków, o których mowa w art. 28 i art. 33 ust. 1 i 3 ustawy¹⁾

| Pracodawca: | W pierwszym półroczu | | styczeń | | Luty | | marzec | | kwiecień | | maj | | czerwiec | |
|---|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| | W drugim półroczu | | lipiec | | Sierpień | | wrzesień | | październik | | listopad | | grudzień | |
| 1) spełnił warunki dotyczące struktury zatrudnienia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 23. <input type="checkbox"/> | 24. <input type="checkbox"/> | 25. <input type="checkbox"/> | 26. <input type="checkbox"/> | 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"/> |
| 2) zapewnił, by obiekty i pomieszczenia użytkowane przez zakład pracy odpowiadały przepisom i zasadom bezpieczeństwa i higieny pracy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 35. <input type="checkbox"/> | 36. <input type="checkbox"/> | 37. <input type="checkbox"/> | 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"/> |
| 3) zapewnił, by obiekty i pomieszczenia użytkowane przez zakład pracy uwzględniały potrzeby osób niepełnosprawnych w zakresie przystosowania stanowisk pracy, pomieszczeń higieniczno-sanitarnych i ciągów komunikacyjnych oraz spełniały wymagania dostępności do nich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 47. <input type="checkbox"/> | 48. <input type="checkbox"/> | 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"/> |
| 4) zapewnił doraźną i specjalistyczną opiekę medyczną, poradnictwo i usługi rehabilitacyjne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 59. <input type="checkbox"/> | 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"/> |
| 5) utworzył zakładowy fundusz rehabilitacji osób niepełnosprawnych | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 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"/> | 82. <input type="checkbox"/> |
| 6) prowadził rozliczeniowy rachunek bankowy środków funduszu rehabilitacji | <input type="checkbox"/> | <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"/> | 93. <input type="checkbox"/> | 94. <input type="checkbox"/> |
| 7) prowadził ewidencję środków funduszu rehabilitacji | <input type="checkbox"/> | <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"/> | 104. <input type="checkbox"/> | 105. <input type="checkbox"/> | 106. <input type="checkbox"/> |
| 8) przekazał środki funduszu rehabilitacji na rachunek bankowy środków funduszu, w terminie 7 dni od dnia uzyskania tych środków | <input type="checkbox"/> | <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"/> | 115. <input type="checkbox"/> | 116. <input type="checkbox"/> | 117. <input type="checkbox"/> | 118. <input type="checkbox"/> |
| 9) przeznaczył co najmniej 15% środków funduszu rehabilitacji na indywidualne programy rehabilitacji | <input type="checkbox"/> | <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"/> | 126. <input type="checkbox"/> | 127. <input type="checkbox"/> | 128. <input type="checkbox"/> | 129. <input type="checkbox"/> | 130. <input type="checkbox"/> |
| 10) przeznaczył co najmniej 10% środków funduszu rehabilitacji na pomoc indywidualną dla niepełnosprawnych pracowników i byłych niepracujących niepełnosprawnych pracowników tego zakładu | <input type="checkbox"/> | <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"/> | 137. <input type="checkbox"/> | 138. <input type="checkbox"/> | 139. <input type="checkbox"/> | 140. <input type="checkbox"/> | 141. <input type="checkbox"/> | 142. <input type="checkbox"/> |
| 11) wydatkował środki funduszu rehabilitacji wyłącznie z rozliczeniowego rachunku bankowego lub z kasy funduszu w celu ich wypłaty osobom niepełnosprawnym oraz osobom uprawnionym do pomocy indywidualnej ze środków tego funduszu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 143. <input type="checkbox"/> | 144. <input type="checkbox"/> | 145. <input type="checkbox"/> | 146. <input type="checkbox"/> | 147. <input type="checkbox"/> | 148. <input type="checkbox"/> | 149. <input type="checkbox"/> | 150. <input type="checkbox"/> | 151. <input type="checkbox"/> | 152. <input type="checkbox"/> | 153. <input type="checkbox"/> | 154. <input type="checkbox"/> |

D. Informacja o zatrudnieniu¹⁾
D.1. Zatrudnienie osób niepełnosprawnych w osobach

| | W pierwszym półroczu | styczeń | | luty | Marzec | kwiecień | maj | czerwiec |
|---|--------------------------|---------|----------|----------|-------------|----------|----------|----------|
| | W drugim półroczu | lipiec | sierpień | wrzesień | październik | listopad | grudzień | |
| Ogółem | <input type="checkbox"/> | 89. | 90. | 91. | 92. | 93. | 94. | |
| Osób niepełnosprawnych ogółem | <input type="checkbox"/> | 95. | 96. | 97. | 98. | 99. | 100. | |
| osób niepełnosprawnych w stopniu znacznym | | 101. | 102. | 103. | 104. | 105. | 106. | |
| psychicznie chorzy | | 107. | 108. | 109. | 110. | 111. | 112. | |
| upośledzeni umysłowo | | 113. | 114. | 115. | 116. | 117. | 118. | |
| niewidomi | | 119. | 120. | 121. | 122. | 123. | 124. | |
| umiarkowanym | | 125. | 126. | 127. | 128. | 129. | 130. | |
| psychicznie chorzy | | 131. | 132. | 133. | 134. | 135. | 136. | |
| upośledzeni umysłowo | | 137. | 138. | 139. | 140. | 141. | 142. | |
| osoby z autyzmem, upośledzeni umysłowo, psychicznie chorzy w tym będący uczestnikami warsztatów terapii zajęciowej przed podjęciem zatrudnienia | | 143. | 144. | 145. | 146. | 147. | 148. | |
| niewidomi | | 149. | 150. | 151. | 152. | 153. | 154. | |
| lekkim | | 155. | 156. | 157. | 158. | 159. | 160. | |
| psychicznie chorzy | | 161. | 162. | 163. | 164. | 165. | 166. | |
| upośledzeni umysłowo | | 167. | 168. | 169. | 170. | 171. | 172. | |
| niewidomi | | 173. | 174. | 175. | 176. | 177. | 178. | |

D.2. Zatrudnienie osób niepełnosprawnych w etatach oraz wskaźniki zatrudnienia¹⁾

| | W pierwszym półroczu | styczeń | | luty | marzec | kwiecień | maj | czerwiec |
|---|--------------------------|---------|----------|----------|-------------|----------|----------|----------|
| | W drugim półroczu | lipiec | sierpień | wrzesień | październik | listopad | grudzień | |
| Ogółem | <input type="checkbox"/> | 179. | 180. | 181. | 182. | 183. | 184. | |
| Osób niepełnosprawnych ogółem | <input type="checkbox"/> | 185. | 186. | 187. | 188. | 189. | 190. | |
| osób niepełnosprawnych w stopniu znacznym | | 191. | 192. | 193. | 194. | 195. | 196. | |
| psychicznie chorzy | | 197. | 198. | 199. | 200. | 201. | 202. | |
| upośledzeni umysłowo | | 203. | 204. | 205. | 206. | 207. | 208. | |
| niewidomi | | 209. | 210. | 211. | 212. | 213. | 214. | |
| umiarkowanym | | 215. | 216. | 217. | 218. | 219. | 220. | |
| psychicznie chorzy | | 221. | 222. | 223. | 224. | 225. | 226. | |
| upośledzeni umysłowo | | 227. | 228. | 229. | 230. | 231. | 232. | |
| niewidomi | | 233. | 234. | 235. | 236. | 237. | 238. | |
| lekkim | | 239. | 240. | 241. | 242. | 243. | 244. | |
| psychicznie chorzy | | 245. | 246. | 247. | 248. | 249. | 250. | |
| upośledzeni umysłowo | | 251. | 252. | 253. | 254. | 255. | 256. | |
| niewidomi | | 257. | 258. | 259. | 260. | 261. | 262. | |
| Wskaźnik (1) | | 263. | 264. | 265. | 266. | 267. | 268. | |
| Wskaźnik (2) | | 269. | 270. | 271. | 272. | 273. | 274. | |
| Wskaźnik (3) | | 275. | 276. | 277. | 278. | 279. | 280. | |
| Wskaźnik (4) | | 281. | 282. | 283. | 284. | 285. | 286. | |
| Wskaźnik (5) ¹²⁾ | | 287. | 288. | 289. | 290. | 291. | 292. | |

E. Uwagi

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

| | |
|---|---|
| 293. Data wypełnienia informacji ¹³⁾ <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> | 294. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej |
|---|---|

Objaśnienia do formularza INF-W

- 1) W odpowiednich polach należy wstawić znak „X”.
- 2) 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.
- 3) 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.
- 4) 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.).
- 5) 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.
- 6) 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, kod 4 — pracodawca niebędący przedsiębiorcą.
- 7) 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.
- 8) 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.).
- 9) Należy podać także numer kierunkowy.
- 10) Należy podać status pracodawcy na dzień składania wniosku.
- 11) Przeciętne zatrudnienie w miesiącu ustala się przy zastosowaniu metody arytmetycznej, dodając stany zatrudnienia (pełnozatrudnionych w osobach fizycznych oraz niepełnozatrudnionych po przeliczeniu na pełne etaty) w poszczególnych dniach pracy w danym miesiącu, łącznie z przypadającymi w tym czasie niedzielami, świętami oraz dniami wolnymi od pracy (przyjmuje się dla tych dni stan zatrudnienia z dnia poprzedniego lub następnego, jeśli miesiąc rozpoczyna się dniem wolnym od pracy) i otrzymaną sumę dzieląc przez liczbę dni kalendarzowych miesiąca sprawozdawczego.
- 12) Wskaźnik (1) stanowi iloraz etatów osób niepełnosprawnych oraz liczby etatów zatrudnienia ogółem. Wskaźnik (2) stanowi iloraz sumy liczby etatów zatrudnionych osób niepełnosprawnych o znacznym i umiarkowanym stopniu niepełnosprawności oraz liczby etatów zatrudnionych ogółem. Wskaźnik (3) stanowi iloraz liczby etatów osób niewidomych lub psychicznie chorych albo upośledzonych umysłowo zaliczonych do znacznego albo umiarkowanego stopnia niepełnosprawności oraz liczby etatów zatrudnionych ogółem. Wskaźnik (4) stanowi iloraz liczby osób niepełnosprawnych oraz liczby osób zatrudnionych ogółem. Wskaźnik (5) stanowi iloraz liczby osób o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z autyzmem, upośledzonych umysłowo, psychicznie chorych, w tym będących przed podjęciem zatrudnienia uczestnikami warsztatów terapii zajęciowej, oraz liczby osób zatrudnionych ogółem.
- 13) Należy podać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.

WZÓR

INF – WZ Informacja o zmianach dotyczących spełniania przez pracodawców prowadzących zakłady pracy chronionej albo zakłady aktywności zawodowej warunków określonych w art. 28 i art. 33 ust. 1 i 3 ustawy

| | |
|-------------------|---|
| Podstawa prawna: | Art. 30 ust. 4 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. |
| Składający: | Pracodawca prowadzący zakład pracy chronionej lub zakład aktywności zawodowej. |
| Termin składania: | 14 dni od dnia zaistnienia zmian dotyczących spełniania przez pracodawców prowadzących zakłady pracy chronionej albo zakłady aktywności zawodowej warunków określonych w art. 28 i art. 33 ust. 1 i 3 ustawy. |
| Adresat: | Wojewoda właściwy ze względu na siedzibę pracodawcy. |

| | | | | | |
|--|--|----------------------------------|----------------------------------|--|---------------------------------------|
| A. Dane ewidencyjne pracodawcy ¹⁾ | | | | 1. Znak aktualnej decyzji o przyznaniu statusu zakładu pracy chronionej lub zakładu aktywności zawodowej | |
| 2. NIP ²⁾ | | 3. REGON ²⁾ | | 4. Pełna nazwa | |
| 5. Forma prawna(1) ³⁾ | | 6. Forma prawna(2) ⁴⁾ | 7. Forma własności ⁵⁾ | 8. Wielkość ⁶⁾ | 9. Identyfikator adresu ⁷⁾ |
| 10. PKD ⁸⁾ | | 11. Kod pocztowy | 12. Poczta | 13. Miejscowość | 14. Ulica |
| 15. Nr domu | | 16. Nr lokalu | 17. Telefon ⁹⁾ | 18. Faks ⁹⁾ | 19. E-mail |

| | | | | | |
|--|--|---|--|-----------------------------------|--|
| B. Status zakładu pracy chronionej lub zakładu aktywności zawodowej ¹⁾ | | | | | |
| 20. Typ zakładu prowadzonego przez pracodawcę | | <input type="checkbox"/> 1. Zakład pracy chronionej <input type="checkbox"/> 2. Zakład aktywności zawodowej | | | |
| 21. Podstawa uzyskania lub utraty statusu | | 22. Rodzaj decyzji | | 23. Data wydania decyzji | |
| <input type="checkbox"/> 1. Decyzja Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych <input type="checkbox"/> 2. Decyzja wojewody | | <input type="checkbox"/> 1. Przyznająca status <input type="checkbox"/> 2. Stwierdzająca utratę statusu | | 24. Znak decyzji | |
| | | | | 25. Data utraty/uzyskania statusu | |

C. Zmiany w zakresie wywiązywania się przez pracodawcę z obowiązków, o których mowa w art. 28 i art. 33 ust. 1 i 3 ustawy w poszczególnych miesiącach okresu sprawozdawczego (1)¹⁾

| Zmiana dotyczy: | W pierwszym półroczu | | W drugim półroczu | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | styczeń | Luty | marzec | kwiecień | maj | czerwiec |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | lipiec | sierpień | wrzesień | październik | listopad | grudzień |
| 1) nazwy pracodawcy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 26. <input type="checkbox"/> | 27. <input type="checkbox"/> | 28. <input type="checkbox"/> | 29. <input type="checkbox"/> | 30. <input type="checkbox"/> | 31. <input type="checkbox"/> |
| 2) adresu siedziby pracodawcy | <input type="checkbox"/> | <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"/> |
| 3) ciągłości prowadzenia działalności gospodarczej | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 38. <input type="checkbox"/> | 39. <input type="checkbox"/> | 40. <input type="checkbox"/> | 41. <input type="checkbox"/> | 42. <input type="checkbox"/> | 43. <input type="checkbox"/> |
| 4) miejsc prowadzenia działalności | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 44. <input type="checkbox"/> | 45. <input type="checkbox"/> | 46. <input type="checkbox"/> | 47. <input type="checkbox"/> | 48. <input type="checkbox"/> | 49. <input type="checkbox"/> |
| 5) formy prawnej działalności | <input type="checkbox"/> | <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"/> |
| 6) stanu zatrudnienia ogółem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 56. <input type="checkbox"/> | 57. <input type="checkbox"/> | 58. <input type="checkbox"/> | 59. <input type="checkbox"/> | 60. <input type="checkbox"/> | 61. <input type="checkbox"/> |
| 7) wskaźników zatrudnienia osób niepełnosprawnych | <input type="checkbox"/> | <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"/> |
| 8) utrzymania zatrudnienia pracowników przejętego zakładu pracy chronionej w okresie roku od dnia wydania decyzji, o której mowa w art. 30 ust. 2a ustawy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 68. <input type="checkbox"/> | 69. <input type="checkbox"/> | 70. <input type="checkbox"/> | 71. <input type="checkbox"/> | 72. <input type="checkbox"/> | 73. <input type="checkbox"/> |
| 9) zapewnienia, by obiekty i pomieszczenia użytkowane przez zakład pracy odpowiadały przepisom i zasadom bezpieczeństwa i higieny pracy | <input type="checkbox"/> | <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"/> |
| 10) zapewnienia, by obiekty i pomieszczenia użytkowane przez zakład pracy uwzględniały potrzeby osób niepełnosprawnych w zakresie przystosowania stanowisk pracy, pomieszczeń higieniczno-sanitarnych i ciągów komunikacyjnych oraz spełniały wymagania dostępności do nich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 80. <input type="checkbox"/> | 81. <input type="checkbox"/> | 82. <input type="checkbox"/> | 83. <input type="checkbox"/> | 84. <input type="checkbox"/> | 85. <input type="checkbox"/> |
| 11) zapewnienia doraźnej i specjalistycznej opieki medycznej, poradnictwa i usług rehabilitacyjnych | <input type="checkbox"/> | <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"/> |

C. Zmiany w zakresie wywiązywania się przez pracodawcę z obowiązków, o których mowa w art. 28 i art. 33 ust. 1 i 3 ustawy w poszczególnych miesiącach okresu sprawozdawczego (2)¹⁾

| Zmiana dotyczy: | W pierwszym półroczu | | styczeń | luty | marzec | kwiecień | maj | czerwiec |
|--|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| | W drugim półroczu | | lipiec | sierpień | wrzesień | październik | listopad | grudzień |
| 12) utworzenia zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 92. <input type="checkbox"/> | 93. <input type="checkbox"/> | 94. <input type="checkbox"/> | 95. <input type="checkbox"/> | 96. <input type="checkbox"/> | 97. <input type="checkbox"/> |
| 13) prowadzenia rozliczeniowego rachunku bankowego środków funduszu rehabilitacji | <input type="checkbox"/> | <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"/> |
| 14) przekazywania środków funduszu rehabilitacji na rachunek bankowy środków funduszu, w terminie 7 dni od dnia ich uzyskania | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 104. <input type="checkbox"/> | 105. <input type="checkbox"/> | 106. <input type="checkbox"/> | 107. <input type="checkbox"/> | 108. <input type="checkbox"/> | 109. <input type="checkbox"/> |
| 15) prowadzenia ewidencji środków funduszu rehabilitacji | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 110. <input type="checkbox"/> | 111. <input type="checkbox"/> | 112. <input type="checkbox"/> | 113. <input type="checkbox"/> | 114. <input type="checkbox"/> | 115. <input type="checkbox"/> |
| 16) przeznaczania co najmniej 15% środków funduszu rehabilitacji na indywidualne programy rehabilitacji | <input type="checkbox"/> | <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"/> |
| 17) przeznaczania co najmniej 10% środków funduszu rehabilitacji na pomoc indywidualną dla niepełnosprawnych pracowników i byłych niepracujących niepełnosprawnych pracowników tego zakładu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 122. <input type="checkbox"/> | 123. <input type="checkbox"/> | 124. <input type="checkbox"/> | 125. <input type="checkbox"/> | 126. <input type="checkbox"/> | 127. <input type="checkbox"/> |
| 18) wydatkowania środków funduszu rehabilitacji wyłącznie z rozliczeniowego rachunku bankowego lub z kasy funduszu w celu ich wypłaty osobom niepełnosprawnym oraz osobom uprawnionym do pomocy indywidualnej ze środków tego funduszu | <input type="checkbox"/> | <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"/> |

E. Uwagi – opis zmian¹⁰⁾

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

134. Data wypełnienia informacji¹¹⁾

____-____-____

135. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej

F. Adnotacje

Objaśnienia do formularza INF-WZ

- 1) W odpowiednich polach należy wstawić znak „X”.
- 2) 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.
- 3) 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.
- 4) 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.).
- 5) 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.
- 6) 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, kod 4 — pracodawca niebędący przedsiębiorcą.
- 7) 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.
- 8) 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.).
- 9) Należy podać także numer kierunkowy.
- 10) Należy opisać zmiany, wskazując w szczególności ich zakres i datę wystąpienia lub okres trwania. W przypadku zmian wymienionych w pkt 6—8 zgłoszeniu podlegają wyłącznie zmiany powodujące zaprzestanie spełniania warunków, o których mowa odpowiednio w art. 28 ust. 1 pkt 1 lub w art. 30 ust. 2a ustawy.
- 11) Należy podać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.