

Załączniki do rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 29 maja 2003 r. (poz. 969)

Załącznik nr 1

WZÓR

INF - 1 Informacja miesięczna o zatrudnieniu, kształceniu lub o działalności na rzecz osób niepełnosprawnych

Podstawa prawna:	Art. 21 ust. 2f ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, zwanej dalej „ustawą”.
Składający:	Pracodawca zwolniony z wpłat na Fundusz (PFRON) na podstawie art. 21 ust. 2, 2a, 2b lub 2e ustawy.
Termin składania ¹ :	Do 20. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym zaistniały okoliczności powodujące zwolnienie z wpłat.
Adresat:	Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa, tel. (0-22) 620-03-51.

A. Dane ewidencyjne pracodawcy¹				1. Numer w rejestrze PFRON	
2. REGON		9 pierwszych cyfr	3. NIP		bez separatorów
4. PKD					
5. Pełna nazwa pracodawcy					
6. Kod pocztowy	7. Miejscowość	8. Ulica		9. Nr domu	10. Nr lokalu

B. Dane o informacji i prawnej podstawie zwolnienia z wpłat					
11. Okres sprawozdawczy			12. Informacja ²		
1. Miesiąc		2. Rok	<input type="checkbox"/> 1. Zwykła		<input type="checkbox"/> 2. Korygująca
13. Podstawa prawna zwolnienia z wpłat					
<input type="checkbox"/> 1. art. 21 ust. 2		<input type="checkbox"/> 2. art. 21 ust. 2a		<input type="checkbox"/> 3. art. 21 ust. 2b	
<input type="checkbox"/> 4. art. 21 ust. 2e					

C. Dane o zatrudnieniu (w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy)					
C.1. Pracownicy w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy					
Zatrudnienie ogółem		14.		w tym etatów osób niepełnosprawnych ogółem	
		_____		_____	
w tym etatów osób niepełnosprawnych w stopniu:					
znacznym		umiarkowanym		lekkim	
ze szczególnymi schorzeniami ³		ze szczególnymi schorzeniami ³			
pozostali		pozostali			
16.	17.	18.	19.	20.	21.
_____	_____	_____	_____	_____	_____
					Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych (3xpoz.16+2xpoz.18+poz.15)/ /poz.14
C.2. Wychowankowie, uczniowie, studenci, słuchacze					
Wypełnia pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 2b					
Ogółem		22.		w tym osób niepełnosprawnych ogółem	
		_____		_____	
w tym osób niepełnosprawnych w stopniu:					
znacznym		umiarkowanym		lekkim	
ze szczególnymi schorzeniami ³		ze szczególnymi schorzeniami ³			
pozostali		pozostali			
24.	25.	26.	27.	28.	29.
_____	_____	_____	_____	_____	_____
					Wskaźnik wychowanków, uczniów, studentów lub słuchaczy (3xpoz.24+2xpoz.26+2xpoz.23)/ /poz.22
Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych w jednostkach wymienionych w art. 21 ust. 2b poz. 21 + poz. 29					30.

INF-1 1/2

¹ W przypadku składania informacji INF-1 po raz pierwszy oraz w przypadku zmian danych ewidencyjnych dołącza się również Załącznik INF-1-Z.

² W częściach B i E należy w odpowiednich polach wstawić znak X.

³ 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 i Nr 127, poz. 843).

D. Dane o zatrudnieniu (w osobach)

Zatrudnienie ogółem	31. _____	w tym osób niepełnosprawnych ogółem	32. _____	
w tym osób niepełnosprawnych w stopniu:				
znacznym		umiarkowanym		lekkiem
ze szczególnymi schorzeniami ³	pozostali	ze szczególnymi schorzeniami ³	pozostali	
33. _____	34. _____	35. _____	36. _____	37. _____

E. Działania podejmowane na rzecz osób niepełnosprawnych w zakresie rehabilitacji społecznej, leczniczej, opieki nad osobami niepełnosprawnymi lub kształcenia osób niepełnosprawnych⁴

Wypełnia pracodawca zwolniony z wpłat na podstawie art. 21 ust. 2e.

<p>38. Rodzaje działań (1):</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Kształtowanie zaradności osobistej, pobudzanie aktywności społecznej lub wyrabianie umiejętności samodzielnego wypełniania ról społecznych</p> <p>2. Organizowanie:</p> <p><input type="checkbox"/> a) warsztatów terapii zajęciowej</p> <p><input type="checkbox"/> b) turnusów rehabilitacyjnych</p> <p><input type="checkbox"/> c) zespołów ćwiczeń usprawniających psychoruchowo, rekreacyjnych i sportowych lub innych zespołów aktywności społecznej zgodnie z potrzebami osób niepełnosprawnych</p> <p>3. Likwidacja barier:</p> <p><input type="checkbox"/> a) architektonicznych i urbanistycznych (w szczególności przystosowywanie mieszkań)</p> <p><input type="checkbox"/> b) transportowych</p> <p><input type="checkbox"/> c) technicznych</p> <p><input type="checkbox"/> d) w komunikowaniu się (usługi lektorów, przewodników, tłumaczy – stosownie do potrzeb osób niepełnosprawnych)</p> <p><input type="checkbox"/> e) w dostępie do informacji (w szczególności pomoc prawna, pomoc poradniczo-informacyjna)</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Kształtowanie właściwych postaw i zachowań sprzyjających integracji osób niepełnosprawnych ze społeczeństwem (w szczególności rzecznictwo i ochrona praw osób niepełnosprawnych)</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Inne formy rehabilitacji społecznej – jakie?</p>	<p>39. Rodzaje działań (2):</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Badania lekarskie i specjalistyczna diagnoza w zakresie rehabilitacji</p> <p>2. Świadczenia terapeutyczne:</p> <p><input type="checkbox"/> a) terapia psychologiczna</p> <p><input type="checkbox"/> b) inne świadczenia terapeutyczne (w szczególności w formie fizykoterapii i ćwiczeń ruchowych)</p> <p>3. Zaopatrzenie osób niepełnosprawnych w:</p> <p><input type="checkbox"/> a) leki niezbędne na potrzeby rehabilitacji</p> <p><input type="checkbox"/> b) przedmioty ortopedyczne lub sprzęt rehabilitacyjny</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Dopłaty do leczenia i rehabilitacji</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Rehabilitacja fizyczna lub usprawnianie do funkcjonowania w społeczeństwie</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Pomoc mieszkaniowa, rzeczowa lub finansowa</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Gromadzenie i dystrybucja żywności lub posiłków</p> <p><input type="checkbox"/> 8. Opieka paliatywna</p> <p><input type="checkbox"/> 9. Świadczenie innych usług rehabilitacyjnych lub opiekuńczych – jakich?</p>	<p>40. Rodzaje działań (3):</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Prowadzenie przedszkola integracyjnego lub szkoły integracyjnej</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Prowadzenie kształcenia dorosłych</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Organizowanie szkoleń i przekwalifikowania zawodowego</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Organizowanie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Wspieranie rozwoju zainteresowań i uzdolnień osób niepełnosprawnych</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Inne działania w zakresie kształcenia osób niepełnosprawnych – jakie?.....</p>
--	--	---

F. Uwagi

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

41. Data wypełnienia informacji	42. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej

⁴ Należy uwzględnić wszystkie rodzaje działań na rzecz osób niepełnosprawnych.