

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

z dnia 6 czerwca 2003 r.

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

Na podstawie art. 49 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123, poz. 776, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

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

- 1) wzór deklaracji DEK-I-0 dotyczącej wpłat należnych na podstawie art. 21 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, zwanej dalej „ustawą”, stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia;
- 2) wzór deklaracji DEK-I-a dotyczącej wpłat należnych na podstawie art. 21 ust. 2a i 2g ustawy, stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia;
- 3) wzór deklaracji DEK-I-b dotyczącej wpłat należnych na podstawie art. 21 ust. 2b i 2g ustawy, stanowiący załącznik nr 3 do rozporządzenia;
- 4) wzór deklaracji DEK-II dotyczącej wpłat należnych na podstawie art. 31 ust. 3 pkt 1 lit. a ustawy, stanowiący załącznik nr 4 do rozporządzenia.

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

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

2. Określa się wzór deklaracji DEK-II-a dotyczącej wpłat należnych na podstawie art. 33 ust. 4a pkt 2, ust. 7 i 7a ustawy, stanowiący załącznik nr 5 do rozporządzenia.

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

4. Określa się wzór rocznej deklaracji DEK-R dotyczącej wpłat należnych na podstawie art. 21 ust. 1, 2a, 2b i 2g, art. 23, art. 31 ust. 3 pkt 1 lit. a oraz art. 33 ust. 4a pkt 2, ust. 7 i 7a ustawy, stanowiący załącznik nr 7 do rozporządzenia.

5. Określa się wzór deklaracji DEK-Z dotyczącej danych ewidencyjnych pracodawców zobowiązanych do wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie art. 21 ust. 1, 2a, 2b i 2g, art. 23, art. 31 ust. 3 pkt 1 lit. a, stanowiący załącznik nr 8 do rozporządzenia.

§ 2. Pracodawcy składają deklaracje, według wzorów określonych w § 1, poprzez teletransmisję danych w formie dokumentu elektronicznego.

§ 3. Traci moc rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 lipca 2001 r. w sprawie ustalenia wzorów deklaracji składanych Zarządowi Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przez pracodawców zobowiązanych do wpłat na ten Fundusz (Dz. U. Nr 80, poz. 862).

§ 4. Przepis § 2 stosuje się od dnia 1 lipca 2003 r.

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

Minister Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej:

J. Hausner

Załączniki do rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 6 czerwca 2003 r. (poz. 989)

Załącznik nr 1

WZÓR

DEK – I – 0 Deklaracja miesięcznych wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Podstawa prawna:	Art. 49 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
Składający:	Pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 1 ustawy, zobowiązany do wpłat na Fundusz (PFRON).
Termin składania:	Do dnia 20 miesiąca następującego po miesiącu, w którym zaistniały okoliczności powodujące powstanie obowiązku 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 pracodawcy ¹			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 deklaracji		12. Deklaracja ²	
11. Okres sprawozdawczy		<input type="checkbox"/> 1. Zwykła	<input type="checkbox"/> 2. Korygująca
1. Miesiąc	2. Rok		

C. Dane o zatrudnieniu (w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy)					
Zatrudnienie ogółem		13.	w tym etatów osób niepełnosprawnych ogółem		14.
		_____			_____
w tym etatów osób niepełnosprawnych w stopniu:					
znacznym		umiarkowanym		lekkim	
ze szczególnymi schorzeniami ³	pozostali	ze szczególnymi schorzeniami ³	pozostali		
15.	16.	17.	18.	19.	
_____	_____	_____	_____	_____	
Liczba pracowników odpowiadająca różnicy między zatrudnieniem zapewniającym osiągnięcie wymaganego wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych a rzeczywistym zatrudnieniem osób niepełnosprawnych					20.
0,06 × poz. 13 – (3 × poz. 15 + 2 × poz. 17 + poz. 14)					_____

D. Rozliczenie wpłaty	
D1. Obliczenie kwoty należnej wpłaty	
Przeciętne wynagrodzenie ⁴	21.

Wpłata należna	22.
0,4065 × poz. 21 × poz. 20	_____

¹ W przypadku składania deklaracji DEK-I-0 po raz pierwszy oraz w przypadku zmian danych ewidencyjnych dołącza się deklarację DEK-Z.

DEK-I-0 1/2

² W odpowiednim polu 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).

⁴ Przeciętne wynagrodzenie 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 3 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. Nr 162, poz. 1118, z 1999 r. Nr 38, poz. 360, Nr 70, poz. 774, Nr 72, poz. 801 i 802 i Nr 106, poz. 1215, z 2000 r. Nr 2, poz. 26, Nr 9, poz. 118, Nr 19, poz. 238, Nr 56, poz. 678 i Nr 84, poz. 948, z 2001 r. Nr 8, poz. 64, Nr 27, poz. 298, Nr 85, poz. 924, Nr 89, poz. 968, Nr 111, poz. 1194 i Nr 154, poz. 1792, z 2002 r. Nr 74, poz. 676, Nr 199, poz. 1673, Nr 200, poz. 1679, Nr 240, poz. 2054 i Nr 241, poz. 2074 oraz z 2003 r. Nr 56, poz. 498).

WZÓR

DEK – I – a Deklaracja miesięcznych wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Podstawa prawna:	Art. 49 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
Składający:	Pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 2a i 2g ustawy, zobowiązany do wpłat na Fundusz (PFRON).
Termin składania:	Do dnia 20 miesiąca następującego po miesiącu, w którym zaistniały okoliczności powodujące powstanie obowiązku 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 pracodawcy ¹			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 deklaracji	
11. Okres sprawozdawczy	12. Deklaracja ²
1. Miesiąc	2. Rok
<input type="checkbox"/> 1. Zwyczajna <input type="checkbox"/> 2. Korygująca	

C. Dane o zatrudnieniu (w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy)				
Ogółem	13.	w tym etatów osób niepełnosprawnych ogółem		14.
w tym etatów osób niepełnosprawnych w stopniu:				
znacznym		umiarkowanym		lekkim
ze szczególnymi schorzeniami ³	pozostali	ze szczególnymi schorzeniami ³	pozostali	
15.	16.	17.	18.	19.
Liczba pracowników odpowiadająca różnicy między zatrudnieniem zapewniającym osiągnięcie wymaganego wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych a rzeczywistym zatrudnieniem osób niepełnosprawnych ⁴				20.
$W_u \times \text{poz. } 13 - (3 \times \text{poz. } 15 + 2 \times \text{poz. } 17 + \text{poz. } 14)$				

D. Rozliczenie wpłaty	
D1. Obliczenie kwoty należnej wpłaty	
Przeciętne wynagrodzenie ⁵	21.
Wpłata należna	22.
$0,4065 \times \text{poz. } 21 \times \text{poz. } 20$	

DEK-I-a 1/2

¹ W przypadku składania deklaracji DEK-I-a po raz pierwszy oraz w przypadku zmian danych ewidencyjnych dołącza się deklarację DEK-Z.

² W odpowiednim polu 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).

⁴ $W_u=0,02$ w latach 2000-2004, $W_u=0,03$ w 2005 r., $W_u=0,04$ w 2006 r., $W_u=0,05$ w 2007 r., $W_u=0,06$ w 2008 r. oraz w latach następujących.

⁵ Przeciętne wynagrodzenie 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 3 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. Nr 162, poz. 1118, z 1999 r. Nr 38, poz. 360, Nr 70, poz. 774, Nr 72, poz. 801 i 802 i Nr 106, poz. 1215, z 2000 r. Nr 2, poz. 26, Nr 9, poz. 118, Nr 19, poz. 238, Nr 56, poz. 678 i Nr 84, poz. 948, z 2001 r. Nr 8, poz. 64, Nr 27, poz. 298, Nr 85, poz. 924, Nr 89, poz. 968, Nr 111, poz. 1194 i Nr 154, poz. 1792, z 2002 r. Nr 74, poz. 676, Nr 199, poz. 1673, Nr 200, poz. 1679, Nr 240, poz. 2054 i Nr 241, poz. 2074 oraz z 2003 r. Nr 56, poz. 498).

D2. Obniżenie wpłaty na podstawie art. 22 ustawy		<i>Wypełnia pracodawca korzystający z obniżenia wpłat na PFRON</i>		
Kwota obniżenia wykorzystana w danym miesiącu ⁶		Kwota należności po obniżeniu wpłaty <i>poz. 22 – poz. 23</i>		
23.		24.		
D3. Pozostała kwota obniżenia wpłat				
Kwota obniżenia do wykorzystania w przyszłym okresie		25.		
w tym kwota obniżenia nabyta przed dniem 1 stycznia 1999 r. ⁷		26.		
D4. Złagodzenie obowiązku wpłat ⁸		<i>Wypełnia pracodawca, wobec którego zastosowano złagodzenie obowiązku wpłat na PFRON</i>		
27. Podstawa złagodzenia obowiązku wpłat ²	Data wydania i znak decyzji	Kwota złagodzenia obowiązku		
<input type="checkbox"/> 1. Decyzja Prezesa Zarządu PFRON	28.	29. \leq poz. 24		
<input type="checkbox"/> 2. Decyzja Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej				
<input type="checkbox"/> 3. Inna				
D5. Należna wpłata				
Kwota należna do zapłaty <i>poz. 24 – poz. 29</i>		30.		
E. 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.
F. Uwagi				
Oświadczam, że dane zawarte w deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.				
38. Data wypełnienia deklaracji		39. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej		

Pouczenie: W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. 30 lub wpłacenia jej w niepełnej wysokości niniejsza deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz.U. z 2002 r. Nr 110, poz. 968, z późn. zm.).

DEK-I-a 2/2

⁶ Poz. 23 \leq poz. 22. Poczawszy od wpłaty za miesiąc styczeń 2004 r. poz. 23 \leq 0,8 \times poz. 22.

⁷ Na podstawie rozporządzenia 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).

⁸ Na podstawie art. 48 lub 67 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Ordynacja podatkowa (Dz.U. Nr 137, poz. 926, Nr 160, poz. 1083, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, z 1999 r. Nr 11, poz. 95 i Nr 92, poz. 1062, z 2000 r. Nr 94, poz. 1037, Nr 116, poz. 1216, Nr 120, poz. 1268 i Nr 122, poz. 1315, z 2001 r. Nr 16, poz. 166, Nr 39, poz. 459, Nr 42, poz. 475, Nr 110, poz. 1189, Nr 125, poz. 1368 i Nr 130, poz. 1452 oraz z 2002 r. Nr 89, poz. 804, Nr 113, poz. 984, Nr 153, poz. 1271 i Nr 169, poz. 1387).

WZÓR

DEK – I – b Deklaracja miesięcznych wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Podstawa prawna:	Art. 49 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
Składający:	Pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 2b i 2g ustawy, zobowiązany do wpłat na Fundusz (PFRON).
Termin składania:	Do dnia 20 miesiąca następującego po miesiącu, w którym zaistniały okoliczności powodujące powstanie obowiązku 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 pracodawcy ¹				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 deklaracji			
11. Okres sprawozdawczy		12. Deklaracja ²	
1. Miesiąc	2. Rok	<input type="checkbox"/> 1. Zwykła	<input type="checkbox"/> 2. Korygująca

C. Dane o zatrudnieniu (w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy)					
C1. Pracownicy w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy					
Zatrudnienie ogółem		13.	w tym etatów osób niepełnosprawnych ogółem		14.
w tym etatów osób niepełnosprawnych w stopniu:					
znacznym		umiarkowanym		lekkim	
ze szczególnymi schorzeniami ³		ze szczególnymi schorzeniami ³			
pozostali		pozostali			
15.	16.	17.	18.	19.	
C2. Wychowankowie, uczniowie, studenci, słuchacze					
Ogółem		20.	w tym osób niepełnosprawnych ogółem		21.
w tym osób niepełnosprawnych w stopniu:					
znacznym		umiarkowanym		lekkim	
ze szczególnymi schorzeniami ³		ze szczególnymi schorzeniami ³			
pozostali		pozostali			
22.	23.	24.	25.	26.	
C3. Wskaźniki					
Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych (3 × poz. 15 + 2 × poz. 17 + poz. 14) / poz. 13		Wskaźnik niepełnosprawnych wychowanków, uczniów, studentów lub słuchaczy 3 × poz. 22 + 2 × poz. 24 + 2 × poz. 21 / poz. 20		Liczba osób odpowiadająca różnicy między zatrudnieniem zapewniającym osiągnięcie wymaganego wskaźnika zatrudnienia a rzeczywistym zatrudnieniem osób niepełnosprawnych ⁴ Poz. 13 × [Wu – poz. 27 – poz. 28]	
27.		28.		29.	

¹ W przypadku składania deklaracji DEK-I-b po raz pierwszy oraz w przypadku zmian danych ewidencyjnych dołącza się deklarację DEK-Z.

² W odpowiednim polu 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).

⁴ W₀₁=0,01 w latach 2001-2004, W₀₂=0,02 w roku 2005 oraz w latach następujących.

D. Rozliczenie wpłaty				
D1. Obliczenie kwoty należnej wpłaty				
Przeciętne wynagrodzenie ⁵	30.	_____		
Wpłata należna <i>0,4065 × poz. 30 × poz. 29</i>	31.	_____		
D2. Obniżenie wpłaty na podstawie art. 22 ustawy <i>Wypełnia pracodawca korzystający z obniżenia wpłat na PFRON</i>				
Kwota obniżenia wykorzystana w danym miesiącu ⁶	Kwota należności po obniżeniu wpłaty <i>poz. 31 – poz. 32</i>			
32. _____	33. _____			
D3. Pozostała kwota obniżenia wpłaty				
Kwota obniżenia do wykorzystania w przyszłym okresie:	34.	_____		
w tym kwota obniżenia nabyta przed dniem 1 stycznia 1999 r. ⁷	35.	_____		
D4. Złagodzenie obowiązku wpłat ⁸ <i>Wypełnia pracodawca, wobec którego zastosowano złagodzenie obowiązku wpłat na PFRON</i>				
36. Podstawa złagodzenia obowiązku wpłat ²	Data wydania i znak decyzji	Kwota złagodzenia obowiązku		
<input type="checkbox"/> 1. Decyzja Prezesa Zarządu PFRON <input type="checkbox"/> 2. Decyzja Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej <input type="checkbox"/> 3. Inna	37. _____	38. _____ ≤ poz. 33		
D5. Należna wpłata				
Kwota należna do zapłaty <i>poz. 33 – poz. 38</i>	39.	_____		
E. Dane o zatrudnieniu (w osobach)				
Zatrudnienie ogółem	40. _____	w tym osób niepełnosprawnych ogółem	41. _____	
w tym osób niepełnosprawnych w stopniu:				
znacznym		umiarkowanym		lekkim
ze szczególnymi schorzeniami ³	Pozostali	ze szczególnymi schorzeniami ³	pozostali	
42. _____	43. _____	44. _____	45. _____	46. _____
F. Uwagi				
Oświadczam, że dane zawarte w deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.				
47. Data wypełnienia deklaracji			48. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej	
_____			_____	

Pouczenie: W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. 39 lub wpłacenia jej w niepełnej wysokości niniejsza deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz.U. z 2002 r. Nr 110, poz. 968, z późn. zm.).

DEK-I-b 2₂

⁵ Przeciętne wynagrodzenie 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 3 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. Nr 162, poz. 1118, z 1999 r. Nr 38, poz. 360, Nr 70, poz. 774, Nr 72, poz. 801 i 802 i Nr 106, poz. 1215, z 2000 r. Nr 2, poz. 26, Nr 9, poz. 118, Nr 19, poz. 238, Nr 56, poz. 678 i Nr 84, poz. 948, z 2001 r. Nr 8, poz. 64, Nr 27, poz. 298, Nr 85, poz. 924, Nr 89, poz. 968, Nr 111, poz. 1194 i Nr 154, poz. 1792, z 2002 r. Nr 74, poz. 676, Nr 199, poz. 1673, Nr 200, poz. 1679, Nr 240, poz. 2054 i Nr 241, poz. 2074 oraz z 2003 r. Nr 56, poz. 498).

⁶ Poz. 32 ≤ poz. 31. Począwszy od wpłaty za miesiąc styczeń 2004 r. poz. 32 ≤ 0,8* poz. 31.

⁷ Na podstawie rozporządzenia 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).

⁸ Na podstawie art. 48 lub 67 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Ordynacja podatkowa (Dz.U. Nr 137, poz. 926, Nr 160, poz. 1083, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, z 1999 r. Nr 11, poz. 95 i Nr 92 poz. 1062, z 2000 r. Nr 94, poz. 1037, Nr 116, poz. 1216, Nr 120, poz. 1268 i Nr 122, poz. 1315, z 2001 r. Nr 16, poz. 166, Nr 39, poz. 459, Nr 42, poz. 475, Nr 110, poz. 1189, Nr 125, poz. 1368 i Nr 130, poz. 1452 oraz z 2002 r. Nr 89, poz. 804, Nr 113, poz. 984, Nr 153, poz. 1271 i Nr 169, poz. 1387).

WZÓR

DEK - II

Deklaracja miesięcznych wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Podstawa prawna:	Art. 49 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
Składający:	Pracodawca, o którym mowa w art. 31 ust. 3 pkt 1 lit. a ustawy, zobowiązany do wpłat na Fundusz (PFRON).
Termin składania:	Do dnia 20 miesiąca następującego po miesiącu, w którym zaistniały okoliczności powodujące powstanie obowiązku 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 pracodawcy ¹			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 deklaracji		12. Deklaracja ²	
11. Okres sprawozdawczy			
1. Miesiąc	2. Rok	<input type="checkbox"/> 1. Zwykła	<input type="checkbox"/> 2. Korygująca

C. Rozliczenie wpłat			
C1. Obliczenie kwoty należnej wpłaty			
Kwota zwolnienia z podatku dochodowego od osób fizycznych	13.	Wpłata należna z tytułu zwolnienia z podatku dochodowego od osób fizycznych	14. $0,1 \times \text{poz. 13}$
Kwota pozostałych zwolnień	15.	Wpłata należna z tytułu pozostałych zwolnień	16. $0,1 \times \text{poz. 15}$
Wpłata należna	17. $\text{poz. 14} + \text{poz. 16}$		
C2. Złagodzenie obowiązku wpłat ³ Wypełnia pracodawca, wobec którego zastosowano złagodzenie obowiązku wpłat na PFRON			
18. Podstawa złagodzenia obowiązku wpłat ²	Data wydania i znak decyzji	Kwota złagodzenia obowiązku	
<input type="checkbox"/> 1. Decyzja Prezesa Zarządu PFRON	19.	20. $\leq \text{poz. 17}$	
<input type="checkbox"/> 2. Decyzja Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej	_____ - _____ - _____	_____	
<input type="checkbox"/> 3. Inna	_____	_____	
C3. Kwota do zapłaty	21. $\text{poz. 17} - \text{poz. 20}$		

DEK-II 1/2

¹ W przypadku składania deklaracji DEK-II po raz pierwszy oraz w przypadku zmian danych ewidencyjnych dołącza się deklarację DEK-Z.

² W odpowiednim polu wstawić znak X.

³ Na podstawie art. 48 lub 67 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Ordynacja podatkowa (Dz.U. Nr 137, poz. 926, Nr 160, poz. 1083, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, z 1999 r. Nr 11, poz. 95 i Nr 92, poz. 1062, z 2000 r. Nr 94, poz. 1037, Nr 116, poz. 1216, Nr 120, poz. 1268 i Nr 122, poz. 1315, z 2001 r. Nr 16, poz. 166, Nr 39, poz. 459, Nr 42, poz. 475, Nr 110, poz. 1189, Nr 125, poz. 1368 i Nr 130, poz. 1452 oraz z 2002 r. Nr 89, poz. 804, Nr 113, poz. 984, Nr 153, poz. 1271 i Nr 169, poz. 1387).

D. Dane o zatrudnieniu		22. Numer w rejestrze PFRON	23. Okres sprawozdawczy
			____-____-____
D1. Przeciętne zatrudnienie w osobach			
Zatrudnienie ogółem	24. _____	w tym osób niepełnosprawnych ogółem	25. _____
w tym osób niepełnosprawnych w stopniu:			
znacznym	w tym: chorzy na epilepsję upośledzeni umysłowo psychicznie chorzy		niewidomi
26. _____	27. _____	28. _____	
umiarkowanym	w tym: chorzy na epilepsję upośledzeni umysłowo psychicznie chorzy		niewidomi
29. _____	30. _____	31. _____	
lekkim	w tym: chorzy na epilepsję, upośledzeni umysłowo psychicznie chorzy		
32. _____	33. _____		
D2. Przeciętne zatrudnienie w miesiącu w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy			
Zatrudnienie ogółem	34. _____	w tym etatów osób niepełnosprawnych ogółem	35. _____
w tym etatów osób niepełnosprawnych w stopniu:			
znacznym	w tym: chorzy na epilepsję upośledzeni umysłowo psychicznie chorzy		niewidomi
36. _____	37. _____	38. _____	
umiarkowanym	w tym: chorzy na epilepsję upośledzeni umysłowo psychicznie chorzy		niewidomi
39. _____	40. _____	41. _____	
lekkim	w tym: chorzy na epilepsję, upośledzeni umysłowo psychicznie chorzy		
42. _____	43. _____		
Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych <i>poz. 36 / poz. 35</i>			44. _____
E. Uwagi			

Oświadczam, że dane zawarte w deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.			
45. Data wypełnienia deklaracji		46. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej	
____-____-____		_____	

Pouczenie: W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. 21 lub wpłacenia jej w niepełnej wysokości niniejsza deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz.U. z 2002 r. Nr 110, poz. 968, z późn. zm.).

WZÓR

DEK-II-a

Deklaracja wpłaty na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Podstawa prawna:	Art. 49 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
Składający:	Pracodawca, o którym mowa w art. 33 ust. 4a pkt 2, ust. 7 i 7a ustawy, zobowiązany do wpłaty na Fundusz (PFRON).
Termin składania:	Do 20 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym zaistniały okoliczności powodujące powstanie obowiązku wpłaty.
Adresat:	Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa, tel. (0 22) 620-03-51.

A. Dane ewidencyjne pracodawcy				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 deklaracji		12. Deklaracja ¹	
11. Okres sprawozdawczy		<input type="checkbox"/> 1. Zwykła <input type="checkbox"/> 2. Korygująca	
1. Miesiąc	2. Rok		

C. Obliczenie kwoty należnej wpłaty			
Data ujawnienia niezgodnego z ustawą przeznaczenia środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych lub nieterminowego przekazania środków na ten fundusz	13.	Wpłata należna na podstawie art. 33 ust. 4a pkt 2 ustawy ²	14.
Data postawienia w stan likwidacji, upadłości albo wykreślenia z ewidencji działalności gospodarczej lub utraty statusu zakładu pracy chronionej	15.	Wpłata należna na podstawie art. 33 ust. 7 i 7a ustawy ³	16.
Wpłata należna		17.	poz. 14 + poz. 16

D. Uwagi

Oświadczam, że dane zawarte w deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.	
18. Data wypełnienia deklaracji	19. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej

Pouczenie: W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. 17 lub wpłacenia jej w niepełnej wysokości niniejsza deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz.U. z 2002 r. Nr 110, poz. 968, z późn. zm.).

DEK-II-a 1/1

¹ W odpowiednim polu wstawić znak X.

² Kwota w wysokości 30% niezgodnie z ustawą przeznaczonych środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych oraz środków nieterminowo przekazanych na ten fundusz.

³ Niewykorzystane środki zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych 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 postawienia w stan likwidacji, upadłości albo wykreślenia z ewidencji działalności gospodarczej lub utraty statusu zakładu pracy chronionej.

WZÓR

DEK – W

Deklaracja wpłaty na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Podstawa prawna:	Art. 49 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
Składający:	Pracodawca, o którym mowa w art. 23 ustawy, który nie wydzielił lub nie zorganizował stanowiska pracy wraz z podstawowym zapleczem socjalnym dla osoby zatrudnionej, która w wyniku wypadku przy pracy lub choroby zawodowej utraciła zdolność do pracy na dotychczasowym stanowisku, w terminie trzech miesięcy od daty zgłoszenia przez tę osobę gotowości przystąpienia do pracy.
Termin składania:	Do dnia 20 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, 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 deklaracji		12. Deklaracja ²	
11. Okres sprawozdawczy		<input type="checkbox"/> 1. Zwyczajna	<input type="checkbox"/> 2. Korygująca
1. Miesiąc	2. Rok		

C. Powstanie obowiązku wpłaty		
13. Przyczyna utraty zdolności do pracy na dotychczasowym stanowisku pracy ²		
<input type="checkbox"/> 1. Wypadek przy pracy <input type="checkbox"/> 2. Choroba zawodowa		
14. Data utraty zdolności do pracy na dotychczasowym stanowisku pracy	15. Data zgłoszenia gotowości przystąpienia do pracy	16. Data rozwiązania umowy o pracę
_____ - _____ - _____	_____ - _____ - _____	_____ - _____ - _____

D. Rozliczenie wpłaty	
17. Przeciętne wynagrodzenie ³	18. Wpłata należna 15 x poz. 17
_____	_____

E. Uwagi

Oświadczam, że dane zawarte w deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.	
19. Data wypełnienia deklaracji	20. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej

Pouczenie: W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. 18 lub wpłacenia jej w niepełnej wysokości niniejsza deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz.U. z 2002 r. Nr 110, poz. 968, z późn. zm.).

DEK-W 1₁₁

¹ W przypadku składania deklaracji DEK-W po raz pierwszy oraz w przypadku zmian danych ewidencyjnych dołącza się deklarację DEK-Z.

² W odpowiednim polu wstawić znak X.

³ Przeciętne wynagrodzenie 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 3 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. Nr 162, poz. 1118, z 1999 r. Nr 38, poz. 360, Nr 70, poz. 774, Nr 72, poz. 801 i 802 i Nr 106, poz. 1215, z 2000 r. Nr 2, poz. 26, Nr 9, poz. 118, Nr 19, poz. 238, Nr 56, poz. 678 i Nr 84, poz. 948, z 2001 r. Nr 8, poz. 64, Nr 27, poz. 298, Nr 85, poz. 924, Nr 89, poz. 968, Nr 111, poz. 1194 i Nr 154, poz. 1792, z 2002 r. Nr 74, poz. 676, Nr 199, poz. 1673, Nr 200, poz. 1679, Nr 240, poz. 2054 i Nr 241, poz. 2074 oraz z 2003 r. Nr 56, poz. 498).

WZÓR

DEK – R

Rozliczenie roczne wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Podstawa prawna:	Art. 49 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
Składający:	Pracodawca zobowiązany do wpłat na podstawie art. 21 ust. 1, 2a, 2b i 2g, art. 23, art. 31 ust. 3 pkt 1 lit. a oraz art. 33 ust. 4a pkt 2, ust. 7 i 7a ustawy.
Termin składania:	Do dnia 20 stycznia roku następującego po roku, w którym zaistniały okoliczności powodujące powstanie obowiązku wpłat.
Adresat:	Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa, tel. (0 22) 620-03-51.

A. Dane ewidencyjne pracodawcy				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 deklaracji	
11. Okres sprawozdawczy	12. Deklaracja ¹
1. Rok	<input type="checkbox"/> 1. Zwykła <input type="checkbox"/> 2. Korygująca

C. Składanie deklaracji za poszczególne miesiące¹								
C1. Obowiązki sprawozdawcze							C2. Obniżenia wpłat	
Za miesiąc	DEK-I-0	DEK-I-a	DEK-I-b	DEK-II	DEK-W lub DEK II-a	Nie dotyczy ²	Tak	Nie
styczeń	13. <input type="checkbox"/>	14. <input type="checkbox"/>	15. <input type="checkbox"/>	16. <input type="checkbox"/>	17. <input type="checkbox"/>	18. <input type="checkbox"/>	19. <input type="checkbox"/>	20. <input type="checkbox"/>
luty	21. <input type="checkbox"/>	22. <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"/>
marzec	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"/>
kwiecień	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"/>
maj	45. <input type="checkbox"/>	46. <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"/>
czerwiec	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"/>	60. <input type="checkbox"/>
lipiec	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"/>
sierpień	69. <input type="checkbox"/>	70. <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"/>
wrzesień	77. <input type="checkbox"/>	78. <input type="checkbox"/>	79. <input type="checkbox"/>	80. <input type="checkbox"/>	81. <input type="checkbox"/>	82. <input type="checkbox"/>	83. <input type="checkbox"/>	84. <input type="checkbox"/>
październik	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"/>
listopad	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"/>
grudzień	101. <input type="checkbox"/>	102. <input type="checkbox"/>	103. <input type="checkbox"/>	104. <input type="checkbox"/>	105. <input type="checkbox"/>	106. <input type="checkbox"/>	107. <input type="checkbox"/>	108. <input type="checkbox"/>

D. Rozliczenie roczne			
Suma kwot należnych do zapłaty	109.	Suma dokonanych wpłat	110.
Nadpłata <i>poz. 110 – poz. 109 > 0</i>	111.	Kwota należna do zapłaty <i>poz. 109 – poz. 110 > 0</i>	112.

Pouczenie: W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. 112 lub wpłacenia jej w niepełnej wysokości niniejsza deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz.U. z 2002 r. Nr 110, poz. 968, z późn. zm.).

DEK-R 1/2

¹ W odpowiednim polu wstawić znak X.

² Zaznacza pracodawca, który nie składał deklaracji z uwagi na to, że był zwolniony z wpłat lub nie podlegał obowiązkowi wpłat (przyczynę należy podać w części F).

E. Złagodzenie obowiązku wpłat ³		113. Numer w rejestrze PFRON	114. Rok
Podstawa prawna złagodzenia obowiązku wpłat ¹		Data wydania i znak decyzji/Data i publikator rozporządzenia	Kwota złagodzenia obowiązku wpłat
Odroczenie terminu płatności podatku na podstawie art. 48 § 1 pkt 1 i § 2 Ordynacji podatkowej	115.	116.	117.
	<input type="checkbox"/> Decyzja Prezesa Zarządu PFRON <input type="checkbox"/> Decyzja Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej	_____-____-____ _____ _____-____-____ _____	_____,____ _____,____ _____,____ _____,____
Rozłożenie na raty zapłaty podatku lub zaległości podatkowej wraz z odsetkami za zwłokę na podstawie art. 48 § 1 pkt 2 Ordynacji podatkowej	118.	119.	120.
	<input type="checkbox"/> Decyzja Prezesa Zarządu PFRON <input type="checkbox"/> Decyzja Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej	_____-____-____ _____ _____-____-____ _____	_____,____ _____,____ _____,____ _____,____
Odroczenie innych terminów na podstawie art. 48 § 1 pkt 3 Ordynacji podatkowej	121.	122.	123.
	<input type="checkbox"/> Decyzja Prezesa Zarządu PFRON <input type="checkbox"/> Decyzja Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej	_____-____-____ _____ _____-____-____ _____	_____,____ _____,____ _____,____ _____,____
Umorzenie w całości lub w części zaległości podatkowych lub odsetek za zwłokę na podstawie art. 67 Ordynacji podatkowej	124.	125.	126.
	<input type="checkbox"/> Decyzja Prezesa Zarządu PFRON <input type="checkbox"/> Decyzja Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej	_____-____-____ _____ _____-____-____ _____	_____,____ _____,____ _____,____ _____,____
F. Uwagi			
Oświadczam, że dane zawarte w deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.			
127. Data wypełnienia deklaracji		128. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej	
_____ - ____ - ____			

DEK-R 2/2

³ Na podstawie art. 48 lub 67 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Ordynacja podatkowa (Dz.U. Nr 137, poz. 926, Nr 160, poz. 1083, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, z 1999 r. Nr 11, poz. 95 i Nr 92 poz. 1062, z 2000 r. Nr 94, poz. 1037, Nr 116, poz. 1216, Nr 120, poz. 1268 i Nr 122, poz. 1315, z 2001 r. Nr 16, poz. 166, Nr 39, poz. 459, Nr 42, poz. 475, Nr 110, poz. 1189, Nr 125, poz. 1368 i Nr 130, poz. 1452 oraz z 2002 r. Nr 89, poz. 804, Nr 113, poz. 984, Nr 153, poz. 1271 i Nr 169, poz. 1387).

WZÓR

DEK – Z

Deklaracja identyfikacyjna pracodawców zobowiązanych do wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Podstawa prawna:	Art. 49 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
Składający:	Pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 1, 2a, 2b i 2g, art. 23, art. 31 ust. 3 pkt 1 lit. a.
Termin składania:	Do dnia 20 miesiąca następującego po miesiącu, w którym zaistniały okoliczności powodujące powstanie obowiązku 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 pracodawcy

A1. Nazwa i adres pracodawcy		1. Numer w rejestrze PFRON	
2. REGON	14 pierwszych cyfr z separatorem	3. NIP	bez separatorów
4. PKD			
5. Pełna nazwa pracodawcy			
6. Województwo		7. Powiat	
8. Gmina		9. Miejscowość	
10. Kod pocztowy	11. Poczta	12. Ulica	13. Nr domu
			14. Nr lokalu
15. Telefon ¹		16. Faks ¹	17. E-mail
A2. Adres do korespondencji <i>Wypełnia pracodawca mający inny adres korespondencyjny niż adres wykazany w bloku A.1.</i>			
18. Kod pocztowy	19. Miejscowość	20. Ulica	21. Nr domu
			22. Nr lokalu
23. Telefon ¹		24. Faks ¹	25. E-mail

B. Informacje o deklaracji

26. Deklaracja ²	<input type="checkbox"/> 1. Zgłoszeniowa	<input type="checkbox"/> 2. Aktualizacyjna	27. Za okres	miesiąc-rok
28. Załącznik do deklaracji ²	<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-II
				<input type="checkbox"/> 5. DEK-W

C. Powstanie obowiązku wpłat

29. Okres, za który po raz pierwszy powstał obowiązek wpłat	miesiąc-rok	30. Podstawa prawna powstania obowiązku wpłat
---	-------------	---

D. Organ rejestrowy

31. Pełna nazwa organu rejestrowego ³											
32. Nazwa rejestru											
33. Data rejestracji	34. Numer w rejestrze										
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											

¹ Podać także numer kierunkowy.² W odpowiednim polu wstawić znak X.³ Dotyczy także organów wydających koncesje, zezwolenia, pozwolenia.

E. Forma prawna działalności i forma własności ⁴

35. Forma prawna działalności

36. Forma własności

F. Status zakładu pracy chronionej ²*Wypełnia pracodawca prowadzący zakład pracy chronionej*

37. Podstawa uzyskania lub utraty statusu

38. Rodzaj decyzji

39. Data wydania decyzji

1. Decyzja Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych
2. Decyzja wojewody

1. Przyznająca status
2. Stwierdzająca utratę statusu

40. Znak decyzji

41. Data uzyskania / utraty statusu

G. Osoba odpowiedzialna za kontakty z PFRON

42. Imię

43. Nazwisko

44. Telefon ¹45. Faks ¹

46. E-mail

H. Rachunki bankowe pracodawcy, z których będą dokonywane wpłaty na PFRON

47. Nazwa banku

48. Pełny numer rachunku bankowego

I

II

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

49. Data wypełnienia deklaracji

50. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej

I. Uwagi

DEK-Z 2/2

⁴ Wpisać odpowiedni kod stosownie do § 8 i 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 (Dz.U. Nr 69, poz. 763 oraz z 2001 r. Nr 12, poz. 99).