

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	
			lipiec	sierpień	wrzesień	październik	listopad	grudzień	
1) nazwy pracodawcy			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			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			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			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			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			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			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			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			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			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			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 dziewiątej 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.