

# INF-D-P

## Miesięczna informacja o wynagrodzeniach, zatrudnieniu i stopniach niepełnosprawności pracowników niepełnosprawnych

Podstawa prawna: Art. 26c ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. (Dz. U. z 2008 r. Nr 14, poz. 92, z późn. zm.).

Składający: Pracodawca, o którym mowa w art. 26a ustawy, któremu przysługuje miesięczne dofinansowanie do wynagrodzeń osób niepełnosprawnych.

Termin składania: Do 20 dnia miesiąca następującego po miesiącu, którego dotyczy informacja.

Adresat: Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.

<b>A. Dane ewidencyjne i adres pracownika<sup>1</sup></b>			1. Numer pracodawcy w rejestrze PFRON _____		2. PESEL _____		
3. Numer dowodu osobistego <sup>2</sup>		4. NIP _____		5. Nazwisko _____			
6. Pierwsze imię _____			7. Drugie imię _____				
8. Województwo _____			9. Powiat _____				
10. Gmina _____			11. Miejscowość _____				
12. Kod pocztowy ____-____		13. Poczta _____		14. Ulica _____		15. Nr domu _____	
						16. Nr lokalu _____	

<b>B. Dane o informacji</b>							
17. Okres sprawozdawczy <sup>3</sup>		18. Okres wypłaty wynagrodzenia <sup>4</sup>		19. Informacja <sup>5</sup>		20. Numer kolejny informacji	
1. Miesiąc ____	2. Rok ____	1. Miesiąc ____	2. Rok ____	<input type="checkbox"/> 1. Zwykła <input type="checkbox"/> 2. Korygująca		_____	

<b>C. Informacja o stopniu niepełnosprawności, zatrudnieniu i wynagrodzeniu<sup>5</sup></b>						
	Pracownik, u którego stwierdzono chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe lub epilepsję, oraz pracownik będący osobą niewidomą zatrudniony u pracodawcy prowadzącego zakład pracy chronionej			Pracownik, u którego nie stwierdzono choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub epilepsji, oraz pracownik niebędący osobą niewidomą zatrudniony u pracodawcy prowadzącego zakład pracy chronionej		
Stopień niepełnosprawności	znaczny	umiarkowany	lekki	znaczny	umiarkowany	lekki
Przeciętny miesięczny wymiar czasu pracy <sup>6</sup>	21. _____	22. _____	23. _____	24. _____	25. _____	26. _____
	Pracownik, u którego stwierdzono chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe lub epilepsję, oraz pracownik będący osobą niewidomą zatrudniony u pracodawcy nieprowadzącego zakładu pracy chronionej			Pracownik, u którego nie stwierdzono choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub epilepsji, oraz pracownik niebędący osobą niewidomą zatrudniony u pracodawcy nieprowadzącego zakładu pracy chronionej		
Stopień niepełnosprawności	znaczny	umiarkowany	lekki	znaczny	umiarkowany	lekki
Przeciętny miesięczny wymiar czasu pracy <sup>6</sup>	27. _____	28. _____	29. _____	30. _____	31. _____	32. _____
Zatrudnienie od dnia	33. _____		Dofinansowanie stanowi pomoc publiczną		34. <input type="checkbox"/> 1. Tak <input type="checkbox"/> 2. Nie	
Pracownik zatrudniony u pracodawcy wykonującego działalność gospodarczą, u którego wystąpił wzrost netto zatrudnienia ogółem i zatrudnienia pracowników niepełnosprawnych w stosunku do średniego stanu zatrudnienia ogółem i średniego stanu zatrudnienia osób niepełnosprawnych, w okresie 12 miesięcy poprzedzających okres sprawozdawczy <sup>7</sup>					35. <input type="checkbox"/> 1. Tak <input type="checkbox"/> 2. Nie	
Zatrudnienie pracownika nastąpiło w wyniku rozwiązania umowy o pracę z innym pracownikiem z przyczyn innych niż zdarzenia określone w art. 26b ust. 4 lub art. 26b ust. 5 ustawy <sup>8</sup>					36. <input type="checkbox"/> 1. Tak <input type="checkbox"/> 2. Nie	
Kwota pomocy publicznej i pomocy <i>de minimis</i> otrzymanej przez składającego w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą <sup>9</sup>					37. _____	
minimalne wynagrodzenie <sup>10</sup>	38. _____		Kwota ustalona na podstawie art. 26a ust. 1 i 1b ustawy <sup>11</sup>		39. _____	
Koszty płacy <sup>12</sup>	40. _____		Pomniejszenia <sup>13</sup>		41. _____	
Limit kosztów płacy <sup>14</sup>	42. _____		DO WYPŁATY <sup>15</sup>		43. _____	

Należy wypełnić wyraźnie pismem maszynowym lub ręcznie drukowanymi literami czarnym lub niebieskim kolorem.

## Objaśnienia do formularza INF-D-P

- <sup>1</sup> Poz. 7—16 należy wypełnić wyłącznie w przypadku składania informacji INF-D-P za osobę, której dotyczy informacja, po raz pierwszy oraz gdy wykazane dane uległy zmianie.
- <sup>2</sup> Albo numer innego dokumentu potwierdzającego tożsamość. Poz. 3 należy wypełnić wyłącznie w przypadku, gdy pracownik nie posiada numeru PESEL.
- <sup>3</sup> Miesiąc zatrudnienia pracownika.
- <sup>4</sup> Należy wpisać miesiąc i rok, w którym wypłacono wynagrodzenie pracownikowi za okres sprawozdawczy.
- <sup>5</sup> W odpowiednich polach należy wstawić znak X.
- <sup>6</sup> Przeciętny miesięczny wymiar czasu pracy ustala się jako iloczyn wymiaru czasu pracy pracownika oraz ilorazu liczby dni pozostawania w zatrudnieniu u pracodawcy i liczby dni w okresie sprawozdawczym.
- <sup>7</sup> Poz. 35 i 36 należy wypełnić jeden raz wyłącznie za miesiąc podjęcia zatrudnienia przez pracownika, którego dotyczy informacja, w przypadku zaznaczenia pola 1 w poz. 34, jeżeli pracownik nie został zgłoszony przez składającego do ewidencji zatrudnionych osób niepełnosprawnych prowadzonej przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych za okres do miesiąca grudnia 2008 r. włącznie lub nie był zatrudniony u składającego w dniu 31 grudnia 2008 r.
- <sup>8</sup> Poz. 36 należy wypełnić wyłącznie w przypadku zaznaczenia pola 2 w poz. 35.
- <sup>9</sup> Należy wykazać kwotę pomocy publicznej i kwotę pomocy de minimis otrzymanej przez składającego na podstawie odrębnych przepisów w odniesieniu do kosztów płacy pracownika, którego dotyczy informacja.
- <sup>10</sup> W poz. 38 należy wykazać wysokość minimalnego wynagrodzenia za pracę obowiązującą w grudniu roku poprzedniego, ustalaną na podstawie ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz. U. nr 200, poz. 1679, z późn. zm.).
- <sup>11</sup> Za okresy sprawozdawcze przypadające w 2009 i 2010 r. poz. 39 = poz. 38 x [1 x (2 x poz. 21 + 1,8 x poz. 22 + 1 x poz. 23 + 1,6 x poz. 24 + 1,4 x poz. 25 + 0,6 x poz. 26) + 0,9 x (2 x poz. 27 + 1,8 x poz. 28 + 1 x poz. 29) + 0,7 x (1,6 x poz. 30 + 1,4 x poz. 31 + 0,6 x poz. 32)].  
Za okresy sprawozdawcze przypadające po dniu 31 grudnia 2010 r. poz. 39 = poz. 38 x [2 x (poz. 21 + poz. 27) + 1,8 x (poz. 22 + poz. 28) + 1 x (poz. 23 + poz. 29) + 1,6 x (poz. 24 + poz. 30) + 1,4 x (poz. 25 + poz. 31) + 0,6 x (poz. 26 + poz. 32)].
- <sup>12</sup> Wykazać odpowiednią kwotę w poz. 40, jeżeli wynagrodzenie zostało wypłacone do dnia złożenia informacji.
- <sup>13</sup> Kwota kosztów płacy finansowana ze środków publicznych, w tym w ramach pomocy w formie subsydiów płacowych udzielanych na podstawie przepisów odrębnych.
- <sup>14</sup> Jeżeli w poz. 34 zaznaczono pole 1, to poz. 42 = 0,75 x poz. 40. Jeżeli w poz. 34 zaznaczono pole 2, to poz. 42 = 0,9 x poz. 40.
- <sup>15</sup> Poz. 43 = min(poz. 39, (poz. 40 - poz. 41), poz. 42). Jeżeli poz. 43 < 0, wpisać 0. Poz. 43 = 0 w przypadku jednoczesnego zaznaczenia: pola 1 w poz. 34, pola 2 w poz. 35 oraz pola 1 w poz. 36.