

WZÓR

INF-D-P Miesięczna informacja o wynagrodzeniach, zatrudnieniu i stopniach niepełnosprawności pracowników niepełnosprawnych

Podstawa prawna: Art. 26a ust. 1 pkt 1 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.).
 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.

A. Dane ewidencyjne i adres pracownika¹

1. Numer pracodawcy w rejestrze PFRON _____ 2. PESEL² _____

3. Numer dowodu osobistego³ 4. NIP² _____ 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 _____

17. Miejsce zamieszkania⁴ 18. Wykonywany zawód lub specjalność⁵ 19. Poziom wykształcenia⁶ 20. Płeć⁴

1. Miasto 2. Wieś _____ 1. Kobieta 2. Mężczyzna

B. Dane o informacji

21. Okres sprawozdawczy _____ 22. Informacja⁴ _____ 23. Numer kolejny informacji _____

1. Miesiąc _____ 2. Rok _____ 1. Zwykła 2. Korygująca _____

C. Informacja o stopniu niepełnosprawności, zatrudnieniu i wynagrodzeniu

Stopień niepełnosprawności	Pracownik, u którego stwierdzono chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe lub epilepsję, oraz pracownik będący osobą niewidomą						38. Zatrudnienie od dnia _____
	w okresie zatrudnienia u pracodawcy prowadzącego zakład pracy chronionej			w okresie zatrudnienia u pracodawcy nieprowadzącego zakładu pracy chronionej			37. Podwyższone koszty zatrudnienia ^{4,17} <input type="checkbox"/> 1. rzeczywiste <input type="checkbox"/> 2. ryczałt <input type="checkbox"/> 3. nie dotyczy
Przeciętny miesięczny wymiar czasu pracy ⁸	24. _____	25. _____	26. _____	27. _____	28. _____	29. _____	38. Najniższy pułap intensywności pomocy ⁹ _____
Stopień niepełnosprawności	Pracownik, u którego nie stwierdzono choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub epilepsji, oraz pracownik niebędący osobą niewidomą						39. Dofinansowanie i refundacja ¹⁰ _____
	w okresie zatrudnienia u pracodawcy prowadzącego zakład pracy chronionej			w okresie zatrudnienia u pracodawcy nieprowadzącego zakładu pracy chronionej			40. Wypłacone dofinansowanie i refundacja ¹¹ _____
Przeciętny miesięczny wymiar czasu pracy ⁸	30. _____	31. _____	32. _____	33. _____	34. _____	35. _____	41. Refundacja za okres sprawozdawczy ¹² _____
Wynagrodzenia ¹³ : osiągane _____ wypłacone _____ minimalne _____	42. _____ 43. _____ 44. _____	Kwoty pomniejszeń dofinansowania po pomniejszeniach: pomniejszenia ¹⁵ _____ dofinansowanie ¹⁷ _____		Kwota ustalona na podstawie art. 26a ust. 1-3 ustawy ¹⁴ Kwota po pomniejszeniach ¹⁶ _____ Kwota do przekazania na ZFRON ¹⁸ _____		45. _____ 46. _____ 47. _____ 48. _____	DO WYPŁATY ¹⁹ _____

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

Objaśnienia do formularza INF-D-P

- ¹ Poz. 7—20 należy wypełnić wyłącznie w przypadku składania Miesięcznej informacji o wynagrodzeniach, zatrudnieniu i stopniach niepełnosprawności pracowników niepełnosprawnych (INF-D-P) za osobę, której dotyczy informacja, po raz pierwszy oraz gdy wykazane dane uległy zmianie. Poz. 17—20 nie należy wypełniać, jeżeli osoba, której dotyczą dane wykazywane w tych pozycjach, nie wyrazi na to pisemnej zgody.
- ² Wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa.
- ³ Albo numer innego dokumentu potwierdzającego tożsamość. Poz. 3 należy wypełnić wyłącznie w przypadku, gdy pracownik nie posiada numeru PESEL.
- ⁴ W odpowiednich polach należy wstawić znak X.
- ⁵ Należy wpisać kod stosownie do załącznika do rozporządzenia Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 8 grudnia 2004 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. Nr 265, poz. 2644, z późn. zm.).
- ⁶ Należy podać jednocyfrowy kod wykształcenia „W” określony w tablicy nr 8 w załączniku do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 6 maja 2003 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Edukacji (Dz. U. Nr 98, poz. 895).
- ⁷ Należy wybrać jedną metodę ustalania podwyższonych kosztów pracownika w danym roku. Należy wstawić znak X w polu 3, jeżeli pomoc wykazana w poz. 48 nie stanowi dla pracodawcy pomocy publicznej.
- ⁸ 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.
- ⁹ Należy wypełnić w przypadku wybrania pola 1 lub 2 w poz. 37.
Wykazać przypadającą na dany okres niższą z kwot wynikających z porównania:
 - kwoty podwyższonych kosztów zatrudnienia ustalanych narastająco od początku roku do okresu sprawozdawczego włącznie z uwzględnieniem kosztów do zrekompensowania z poprzednich lat, a w razie składania korygującej Miesięcznej informacji o wynagrodzeniach, zatrudnieniu i stopniach niepełnosprawności pracowników niepełnosprawnych (INF-D-P) — dodatkowo z uwzględnieniem wzrostu kwoty kosztów przeniesionych z okresów późniejszych, oraz
 - kwoty kosztów płacy ustalanych narastająco od początku roku do okresu sprawozdawczego włącznie, a w razie składania korygującej Miesięcznej informacji o wynagrodzeniach, zatrudnieniu i stopniach niepełnosprawności pracowników niepełnosprawnych (INF-D-P) — dodatkowo z uwzględnieniem wzrostu kwoty kosztów przeniesionych z okresów późniejszych.
- ¹⁰ Należy wypełnić w przypadku wybrania pola 1 lub 2 w poz. 37.
Wykazać sumę kwot:
 - refundacji składek na ubezpieczenia społeczne przysługujących na podstawie art. 25a ust. 2—4 ustawy, wykazanych w poz. 56 Miesięcznych informacji pracodawcy o podstawach wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, składkach na ubezpieczenia społeczne, zatrudnieniu i stopniach niepełnosprawności pracowników niepełnosprawnych (INF-U-P) składanych za okresy od początku roku do okresu sprawozdawczego włącznie, oraz
 - dofinansowania do wynagrodzeń osób niepełnosprawnych przysługujących na podstawie art. 26a ustawy, wykazanych w poz. 48 Miesięcznych informacji o wynagrodzeniach, zatrudnieniu i stopniach niepełnosprawności pracowników niepełnosprawnych (INF-D-P) składanych za okresy od początku roku do miesiąca poprzedzającego okres sprawozdawczy włącznie.
- ¹¹ Należy wykazać wypłaconą kwotę z poz. 39.
- ¹² Należy wykazać kwotę refundacji do wypłaty za okres sprawozdawczy.
- ¹³ Wykazać odpowiednie kwoty w poz. 42 i 44, jeżeli wynagrodzenie zostało wypłacone do dnia złożenia informacji. W poz. 47 wykazać najniższe wynagrodzenie, o którym mowa w art. 2 pkt 1 ustawy.
- ¹⁴ Poz. 43 = poz. 47 × [1,3 × (poz. 24 × 1 + poz. 27 × 0,9 + poz. 30 × 1 + poz. 33 × 0,7) + 1,1 × (poz. 25 × 1 + poz. 28 × 0,9 + poz. 31 × 1 + poz. 34 × 0,7) + 0,5 × (poz. 26 × 1 + poz. 29 × 0,9 + poz. 32 × 1 + poz. 35 × 0,7) + 0,75 × (poz. 24 + poz. 25 + poz. 26)].
- ¹⁵ Kwota wynagrodzenia osiąganego finansowana ze środków publicznych, w tym na podstawie art. 25a ust. 2—4 i art. 26f ustawy.
- ¹⁶ Jeżeli poz. 42 ≤ poz. 43 + poz. 45, to poz. 46 = poz. 42 – poz. 45. Jeżeli poz. 42 > poz. 43 + poz. 45, to poz. 46 = poz. 43.
- ¹⁷ Jeżeli poz. 46 ≤ poz. 42, to poz. 48 = poz. 46. Jeżeli poz. 46 > poz. 42, to poz. 48 = [poz. 44 × (poz. 27 + poz. 28 + poz. 29 + poz. 33 + poz. 34 + poz. 35) + poz. 46 × (poz. 24 + poz. 25 + poz. 26 + poz. 30 + poz. 31 + poz. 32)] / (poz. 24 + poz. 25 + poz. 26 + poz. 27 + poz. 28 + poz. 29 + poz. 30 + poz. 31 + poz. 32 + poz. 33 + poz. 34 + poz. 35).
- ¹⁸ Poz. 49 = (poz. 43 – poz. 42) × (poz. 24 + poz. 25 + poz. 26 + poz. 30 + poz. 31 + poz. 32) / (poz. 24 + poz. 25 + poz. 26 + poz. 27 + poz. 28 + poz. 29 + poz. 30 + poz. 31 + poz. 32 + poz. 33 + poz. 34 + poz. 35). Jeżeli poz. 49 < 0, należy wpisać 0.
- ¹⁹ W przypadku wybrania pola 1 lub 2 w poz. 37: jeżeli (poz. 39 + poz. 48) > poz. 38, to poz. 50 = poz. 38 – poz. 40 – poz. 41 + poz. 49, a jeżeli (poz. 39 + poz. 48) ≤ poz. 38, to poz. 50 = poz. 49 + poz. 48 + poz. 39 – poz. 40 – poz. 41. W przypadku wybrania pola 3 w poz. 37: poz. 50 = poz. 48 + poz. 49. Jeżeli poz. 50 < 0, to poz. 50 = 0. Jeżeli poz. 50 < poz. 49, to przekazaniu na zakładowy fundusz rehabilitacji osób niepełnosprawnych (ZFRON) podlega kwota z poz. 50. Kwota wykazana w pozycji 50 nie może przekroczyć sumy poz. 48 i 49.