

# INF-U-Kz

## Informacja o wysokości i rodzaju podwyższonych kosztów zatrudnienia osób niepełnosprawnych

Podstawa prawna:	Art. 25c ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
Składający <sup>1</sup> :	Pracodawca, o którym mowa w art. 25a ustawy, który uzyskał za okres sprawozdawczy refundację składek na ubezpieczenia społeczne osób niepełnosprawnych.
Termin składania:	Do dnia 15 lutego roku następującego po roku, którego dotyczy informacja.

<b>A. Dane ewidencyjne pracodawcy</b>				1. Numer w rejestrze PFRON _____	
2. REGON <sup>2</sup> _____		3. NIP <sup>2</sup> _____		4. Skrócona nazwa pracodawcy	
5. Kod pocztowy ____-____	6. Miejscowość		7. Ulica	8. Nr domu	9. Nr lokalu

<b>B. Dane o informacji</b>		10. Informacja za rok _____	11. Informacja <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> 1. Zwyczajna <input type="checkbox"/> 2. Korygująca
-----------------------------	--	--------------------------------	---

### C. Poniesione podwyższone koszty zatrudnienia osób niepełnosprawnych

Rodzaj kosztów	Kwota poniesionych podwyższonych kosztów		Pracownicy niepełnosprawni, z których zatrudnieniem związane są koszty	
	ogółem	w części nieobjętej innymi formami pomocy	w osobach	w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy
1. Koszty wynikające ze zwiększonego czasu wykonywania czynności pracy przez zatrudnione osoby niepełnosprawne	12. _____	13. _____	14. _____	15. _____
2. Koszty wynikające z dodatkowego urlopu wypoczynkowego i skróconego czasu pracy	16. _____	17. _____	18. _____	19. _____
3. Koszty wynikające ze zwolnienia od pracy w celu uczestniczenia w turnusie rehabilitacyjnym	20. _____	21. _____	22. _____	23. _____
4. Koszty wynikające z korzystania przez pracownika z 15-minutowej przerwy w pracy na gimnastykę usprawniającą lub wypoczynek	24. _____	25. _____	26. _____	27. _____
5. Koszty wynikające ze zwolnienia od pracy z zachowaniem prawa do wynagrodzenia <sup>4</sup>	28. _____	29. _____	30. _____	31. _____
6. Koszty wynikające ze zwiększonej absencji chorobowej	32. _____	33. _____	34. _____	35. _____
7. Koszty wynikające ze zwiększonego zużycia materiałów i surowców	36. _____	37. _____	38. _____	39. _____
8. Koszty zatrudniania pracowników dotyczące czasu przeznaczanego wyłącznie na pomoc w pracy pracownikowi niepełnosprawnemu	40. _____	41. _____	42. _____	43. _____
9. Koszty adaptacji pomieszczeń	44. _____	45. _____	46. _____	47. _____
10. Koszty adaptacji lub nabycia urządzeń do użytku osób niepełnosprawnych	48. _____	49. _____	50. _____	51. _____
11. Koszty budowy, instalacji lub rozbudowy danego zakładu, które wynikają z zatrudnienia osób niepełnosprawnych <sup>5</sup>	52. _____	53. _____	54. _____	55. _____
12. Koszty administracyjne, które wynikają z zatrudnienia osób niepełnosprawnych <sup>5</sup>	56. _____	57. _____	58. _____	59. _____
13. Koszty transportowe, które wynikają z zatrudnienia osób niepełnosprawnych <sup>5</sup>	60. _____	61. _____	62. _____	63. _____
14. Koszty do zrekomensowania z poprzednich okresów sprawozdawczych <sup>5</sup>	64. _____	65. _____	66. _____	67. _____
15. Ryczałtowo ustalona wysokość kosztów	68. _____	69. _____	70. _____	71. _____
16. Ogółem	72. _____	73. _____		

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

74. Data wypełnienia informacji ____-____-____	75. Imię, nazwisko i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej
---	---

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

## Objaśnienia do formularza INF-U-Kz

- <sup>1</sup> Nie wypełnia pracodawca, który złożył Informację o wysokości i rodzaju podwyższonych kosztów zatrudnienia osób niepełnosprawnych (INF-D-Kz) odnoszącą się do tego samego roku.
- <sup>2</sup> Wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa.
- <sup>3</sup> W odpowiednim polu wstawić znak X.
- <sup>4</sup> Dotyczy zwolnień w celu wykonania badań specjalistycznych, zabiegów leczniczych lub usprawniających, a także w celu uzyskania zaopatrzenia ortopedycznego lub jego naprawy, jeżeli czynności te nie mogą być wykonane poza godzinami pracy.
- <sup>5</sup> Wypełnia pracodawca prowadzący zakład pracy chronionej zatrudniająco najmniej 50% pracowników zaliczonych do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności oraz zaliczonych do lekkiego stopnia niepełnosprawności, u których stwierdzono epilepsję, chorobę psychiczną lub upośledzenie umysłowe.
- <sup>6</sup> W odniesieniu do pozostających w zatrudnieniu pracowników niepełnosprawnych, z których zatrudnieniem związane były te koszty.