

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.
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 <u>11Q1111A1</u>	2. PESEL <u>70062512547</u>	
3. Numer dowodu osobistego ² -	4. NIP <u>2512565874</u>	5. Nazwisko <u>Nowicki</u>		
6. Pierwsze imię <u>Jan</u>		7. Drugie imię <u>Leszek</u>		
8. Województwo <u>Mazowieckie</u>		9. Powiat <u>Warszawski</u>		
10. Gmina <u>Warszawa</u>		11. Miejscowość <u>Warszawa</u>		
12. Kod pocztowy <u>02-778</u>	13. Poczta <u>Warszawa</u>	14. Ulica <u>Płaskowickiej</u>	15. Nr domu <u>25</u>	16. Nr lokalu <u>84</u>

B. Dane o informacji					
17. Okres sprawozdawczy ³		18. Okres wypłaty wynagrodzenia ⁴		19. Informacja ⁵	20. Numer kolejny informacji
1. Miesiąc <u>01</u>	2. Rok <u>2009</u>	1. Miesiąc <u>02</u>	2. Rok <u>2009</u>	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Zwykła <input type="checkbox"/> 2. Korygująca	<u>1</u>

C. Informacja o stopniu niepełnosprawności, zatrudnieniu i wynagrodzeniu⁵						
	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 nie będący osobą niewidomą zatrudniony u pracodawcy prowadzącego zakład pracy chronionej		
Stopień niepełnosprawności	znaczny	umiarkowany	lekki	znaczny	umiarkowany	lekki
Przeciętny miesięczny wymiar czasu pracy ⁶	21. <u> </u>	22. <u> </u>	23. <u> </u>	24. <u> </u>	25. <u> </u>	26. <u> </u>
	Pracownik, u którego stwierdzono chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe lub epilepsję oraz pracownik będący osobą niewidomą zatrudniony u pracodawcy nie prowadzącego zakładu pracy chronionej			Pracownik, u którego nie stwierdzono choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub epilepsji oraz pracownik nie będący osobą niewidomą zatrudniony u pracodawcy nie prowadzącego zakładu pracy chronionej		
Stopień niepełnosprawności	znaczny	umiarkowany	lekki	znaczny	umiarkowany	lekki
Przeciętny miesięczny wymiar czasu pracy ⁶	27. <u> </u>	28. <u> </u>	29. <u> </u>	30. <u> </u>	31. <u>1 000</u>	32. <u> </u>
Zatrudnienie od dnia	33. <u>2009 01 01</u>			Dofinansowanie stanowi pomoc publiczną	34. <input checked="" 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 ⁷					35. <input checked="" 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 pkt 1-6 lub ust. 5 pkt 1-2 ⁸					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 ⁹					37. <u> 0,00</u>	
Minimalne wynagrodzenie ¹⁰	38. <u> 1276,00</u>			Kwota ustalona na podstawie art. 26a ust. 1 i 1b ustawy ¹¹	39. <u> 1250,48</u>	
Koszty płacy ¹²	40. <u> 2134,98</u>			Pomniejszenia ¹³	41. <u> 0,00</u>	
Limit kosztów płacy ¹⁴	42. <u> 1601,23</u>			DO WYPŁATY ¹⁵	43. <u> 1250,48</u>	

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

¹ 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.

² Albo numer innego dokumentu potwierdzającego tożsamość. Poz. 3 należy wypełnić wyłącznie w przypadku, gdy pracownik nie posiada numeru PESEL

³ Miesiąc zatrudnienia pracownika.

⁴ Należy wpisać miesiąc i rok, w którym wypłacono wynagrodzenie pracownikowi za okres sprawozdawczy.

⁵ W odpowiednich polach należy wstawić znak X.

⁶ 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.

⁷ 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.

⁸ Poz. 36 należy wypełnić wyłącznie w przypadku zaznaczenia pola 2 w poz. 35.

⁹ 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.

¹⁰ W poz. 38 wykazać minimalne wynagrodzenie za pracę obowiązujące w styczniu danego roku.

¹¹ Za okresy sprawozdawcze przypadające w 2009 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 31 grudnia 2009 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)].

¹² Wykazać odpowiednią kwotę w poz. 40, jeżeli wynagrodzenie zostało wypłacone do dnia złożenia informacji.

¹³ Kwota kosztów płacy finansowana ze środków publicznych, w tym w ramach pomocy w formie subsydiów placowych udzielanych na podstawie przepisów odrębnych.

¹⁴ 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.

¹⁵ 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.