

WZÓR

DEK – Z

Deklaracja identyfikacyjna pracodawców zobowiązanych do wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Podstawa prawna:	Art. 49 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
Składający:	Pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 1, 2a, 2b i 2g, art. 23, art. 31 ust. 3 pkt 1 lit. a.
Termin składania:	Do dnia 20 miesiąca następującego po miesiącu, w którym zaistniały okoliczności powodujące powstanie obowiązku wpłat.
Adresat:	Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa, tel. (0-22) 620-03-51.

A. Dane ewidencyjne pracodawcy

A1. Nazwa i adres pracodawcy		1. Numer w rejestrze PFRON	
2. REGON	14 pierwszych cyfr z separatorem	3. NIP	bez separatorów
4. PKD			
5. Pełna nazwa pracodawcy			
6. Województwo		7. Powiat	
8. Gmina		9. Miejscowość	
10. Kod pocztowy	11. Poczta	12. Ulica	13. Nr domu
			14. Nr lokalu
15. Telefon ¹		16. Faks ¹	17. E-mail
A2. Adres do korespondencji <i>Wypełnia pracodawca mający inny adres korespondencyjny niż adres wykazany w bloku A.1.</i>			
18. Kod pocztowy	19. Miejscowość	20. Ulica	21. Nr domu
			22. Nr lokalu
23. Telefon ¹		24. Faks ¹	25. E-mail

B. Informacje o deklaracji

26. Deklaracja ²	<input type="checkbox"/> 1. Zgłoszeniowa	<input type="checkbox"/> 2. Aktualizacyjna	27. Za okres	miesiąc-rok
28. Załącznik do deklaracji ²	<input type="checkbox"/> 1. DEK-I-0	<input type="checkbox"/> 2. DEK-I-a	<input type="checkbox"/> 3. DEK-I-b	<input type="checkbox"/> 4. DEK-II
				<input type="checkbox"/> 5. DEK-W

C. Powstanie obowiązku wpłat

29. Okres, za który po raz pierwszy powstał obowiązek wpłat	miesiąc-rok	30. Podstawa prawna powstania obowiązku wpłat
---	-------------	---

D. Organ rejestrowy

31. Pełna nazwa organu rejestrowego ³											
32. Nazwa rejestru											
33. Data rejestracji	34. Numer w rejestrze										
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											

¹ Podać także numer kierunkowy.² W odpowiednim polu wstawić znak X.³ Dotyczy także organów wydających koncesje, zezwolenia, pozwolenia.

E. Forma prawna działalności i forma własności ⁴

35. Forma prawna działalności

36. Forma własności

F. Status zakładu pracy chronionej ²*Wypełnia pracodawca prowadzący zakład pracy chronionej*

37. Podstawa uzyskania lub utraty statusu

38. Rodzaj decyzji

39. Data wydania decyzji

1. Decyzja Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych
2. Decyzja wojewody

1. Przyznająca status
2. Stwierdzająca utratę statusu

40. Znak decyzji

41. Data uzyskania / utraty statusu

G. Osoba odpowiedzialna za kontakty z PFRON

42. Imię

43. Nazwisko

44. Telefon ¹45. Faks ¹

46. E-mail

H. Rachunki bankowe pracodawcy, z których będą dokonywane wpłaty na PFRON

47. Nazwa banku

48. Pełny numer rachunku bankowego

I

II

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

49. Data wypełnienia deklaracji

50. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej

I. Uwagi

DEK-Z 2/2

⁴ Wpisać odpowiedni kod stosownie do § 8 i 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 (Dz.U. Nr 69, poz. 763 oraz z 2001 r. Nr 12, poz. 99).