

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA PRACY I POLITYKI SOCJALNEJ

z dnia 12 listopada 1998 r.

w sprawie wzorów deklaracji składanych Zarządowi Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przez pracodawców zobowiązanych do wpłat na ten Fundusz.

Na podstawie art. 49 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123, poz. 776 i Nr 160, poz. 1082 oraz z 1998 r. Nr 99, poz. 628, Nr 106, poz. 668 i Nr 137, poz. 887) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Określa się wzory składanych przez pracodawców deklaracji miesięcznych wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, zwany dalej „Funduszem”:

1) wzór deklaracji „DEK-I” dotyczącej wpłat, o których mowa:

a) w art. 21 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123, poz. 776 i Nr 160, poz. 1082 oraz z 1998 r. Nr 99, poz. 628, Nr 106, poz. 668 i Nr 137, poz. 887), zwanej dalej „ustawą”,

b) w art. 24 ust. 2 ustawy,
stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia,

2) wzór deklaracji „DEK-II” dotyczącej wpłat, o których mowa w art. 31 ust. 3 pkt 1 ustawy, stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia.

2. Określa się wzory deklaracji rocznych wpłat na Fundusz:

1) wzór deklaracji „DEK-R-I” dotyczącej wpłat, o których mowa:

a) w art. 21 ust. 1 ustawy,
b) w art. 24 ust. 2 ustawy,

stanowiący załącznik nr 3 do rozporządzenia,

2) wzór deklaracji „DEK-R-II” dotyczącej wpłat, o których mowa w art. 31 ust. 3 pkt 1 ustawy, stanowiący załącznik nr 4 do rozporządzenia.

3. Określa się wzór deklaracji „DEK-W” dotyczącej wpłat na Fundusz, o których mowa w art. 23 ustawy, stanowiący załącznik nr 5 do rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 1999 r.

Minister Pracy i Polityki Socjalnej: *L. Komotowski*

Załączniki do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki
 Socjalnej z dnia 12 listopada 1998 r. (poz. 923)

Załącznik nr 1

WZÓR

**DEKLARACJA MIESIĘCZNYCH WPLAT NA PAŃSTWOWY
 FUNDUSZ REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

DEK - I

A) IDENTYFIKACJA PRACODAWCY, O KTÓRYM MOWA W ART. 21 UST. 1 LUB ART. 24 USTAWY			
Nr w rejestrze PFRON A1	Nr Identyfikacji Statystycznej GUS (REGON)* A2	Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP) A3	
Pełna nazwa pracodawcy prowadzącego zakład pracy A4			
Kod A5	Miejscowość A6		
Ulica A7			Numer lokalu
Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za sporządzenie deklaracji oraz telefon z numerem kierunkowym A8		Telefony do zakładu pracy (z numerem kierunkowym) A9	
B) DEKLARACJA ZA MIESIĄC			
Miesiąc B1	Rok	Data sporządzenia deklaracji B2 Dzień Miesiąc Rok	
C) RODZAJ DEKLARACJI **			
ZWYKŁA C1		KORYGUJĄCA C2	
D) PRZECIĘTNE MIESIĘCZNE ZATRUDNIENIE W ZAKŁADZIE WYLICZONE ZGODNIE Z ART. 21 USTAWY			
Zatrudnienie ogółem D1	Zatrudnienie osób niepełnosprawnych D2	Wskaźnik zatrudnienia osób niepełno- sprawnych*** D3	
Przeciętne wynagrodzenie wg GUS (art. 2 pkt 4 ustawy) zł gr D4	Zatrudnienie osób ze schorzeniami szczególnie utrudniającymi wykonywanie pracy (art. 21 ust. 4 i 7 ustawy):		
	ze znacznym stopniem niepełnosprawności D5	z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności D6	

* pierwsze dziewięć cyfr

** wpisać X we właściwym polu

*** $D3 = \frac{(D2 - D5 - D6) + (3 \times D5 + 2 \times D6)}{D1} \times 100$

E) ZOBOWIĄZANIE - wypełnia pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 1 ustawy, gdy $(D2/D1) \times 100 < 6.00$

Kwota zobowiązania wobec PFRON (art.21 ust.1 i 7) * E1 _____ zł _____ gr	Kwota obniżenia wpłaty przyznana decyzjami zgodnie z art.49 ust. 1 lub ust. 4 ustawy E3 _____ zł _____ gr
Kwota obniżenia wpłaty (art. 22 ustawy)** z tytułu zakupów w ZPChr *** E2 _____ zł _____ gr	Znak decyzji E4 _____
	Znak decyzji E5 _____
	Znak decyzji E6 _____
Suma kwot obniżenia wpłaty (E2+E3) E7 _____ zł _____ gr	
Kwota do zapłaty (E1-E7>=0) E8 _____ zł _____ gr	Nadwyżka kwoty obniżenia wpłaty nad kwotą zobowiązania (E7-E1>0) E9 _____ zł _____ gr

F) ZOBOWIĄZANIE - wypełnia pracodawca, o którym mowa w art. 24 ustawy, gdy $(D2/D1) \times 100 \geq 7.00$

Kwota zobowiązania wobec PFRON F1 _____ zł _____ gr	Kwota obniżenia wpłaty przyznana decyzjami zgodnie z art. 49 ust. 1 lub ust. 4 ustawy F2 _____ zł _____ gr
Znak decyzji F3 _____	Znak decyzji F4 _____
Znak decyzji F5 _____	Kwota do zapłaty (F1-F2) F6 _____ zł _____ gr

G) UWAGI

..... (Podpis i pieczęć kierownika zakładu pracy)	Pieczęć zakładu pracy
..... (Podpis i pieczęć głównego księgowego)	

* Wyliczona zgodnie z art. 21 ust. 1 i 7 ustawy wg wzoru : $E1 = 0.5 \times D4 \times \frac{6-D3}{100} \times D1$; w przypadku ujemnej wartości E1 w polu E1 należy wpisać 0

** Obniżenie wpłaty przysługuje za miesiąc, w którym pracodawca był zobowiązany do wpłaty (E1>0)

*** Zakład pracy chronionej

WZÓR

DEKLARACJA MIESIĘCZNYCH WPLAT NA PAŃSTWOWY FUNDUSZ REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

DEK - II

A) IDENTYFIKACJA PRACODAWCY, O KTÓRYM MOWA W ART. 31 USTAWY

Numer w rejestrze PFRON A1	Nr Identyfikacji Statystycznej GUS (REGON)* A2	Nr Identyfikacji Podatkowej (NIP) A3
Numer decyzji Pełnomocnika do Spraw Osób Niepełnosprawnych ** A4	Data uzyskania statusu ZPChr *** Rok Miesiąc Dzień A5	
Pełna nazwa zakładu A6		
Kod A7	Miejscowość A8	
Ulica A9		Numer lokalu
Imię i nazwisko oraz telefon osoby odpowiedzialnej za sporządzenie deklaracji A10		Telefony do zakładu pracy (z numerem kierunkowym) A11

B) DEKLARACJA ZA MIESIĄC

Miesiąc Rok B1	Data sporządzenia deklaracji Dzień Miesiąc Rok B2
------------------------	---

C) RODZAJ DEKLARACJI ****

ZWYKŁA KORYGUJĄCA

C1 C2

D) WPLATA Z TYTUŁU ZWOLNIENIA Z PODATKU DOCHODOWEGO OD DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ

Podatek od dochodu od początku roku D1 zł gr	Kwota zobowiązania wobec PFRON (10% z D1) D2 zł gr
---	---

E) WPLATA Z TYTUŁU ZWOLNIENIA Z PODATKU DOCHODOWEGO OD OSÓB FIZYCZNYCH (PRACOWNIKÓW)

Suma podatków od początku roku E1 zł gr	Kwota zobowiązań wobec PFRON (10% z E1) E2 zł gr
--	---

F) WPLATA Z TYTUŁU POZOSTAŁYCH ZWOLNIEŃ PODATKOWYCH ŁĄCZNIE

Suma podatków od początku roku F1 zł gr	Kwota zobowiązań wobec PFRON (10% z F1) F2 zł gr
--	---

* pierwsze dziewięć cyfr

** numer decyzji stwierdzającej spełnienie przez zakład warunków określonych dla zakładu pracy chronionej

*** zakład pracy chronionej

**** wpisać X we właściwym polu

G) OBNIŻENIA WPLATY ZA DEKLAROWANY MIESIĄC - ZGODNIE Z ART. 49 UST. 1 LUB UST. 4 USTAWY

Kwota obniżenia zl gr
G1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Znak decyzji
G4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Kwota obniżenia zl gr
G2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Znak decyzji
G5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Kwota obniżenia zl gr
G3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Znak decyzji
G6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

H) WYLICZENIE NALEŻNEJ WPLATY MIESIĘCZNEJ

Kwota zobowiązania wobec PFRON (D2+E2+F2) zl gr
H1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Kwota zobowiązania z pola H1 w poprzednim miesiącu zl gr
H2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nadpłata (H1 - H2 - H3 < 0) zl gr
H4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Suma obniżeń deklarowanych za miesiąc (G1+G2+G3) zl gr
H3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Do zapłaty za miesiąc (H1 - H2 - H3 > 0) zl gr
H5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

I) UWAGI

.....

.....
 (Podpis i pieczętka kierownika zakładu pracy)

.....
 (Podpis i pieczętka głównego księgowego)

Pieczęć zakładu pracy

WZÓR

**DEKLARACJA ROCZNA - ROZLICZENIE WPLAT
NA PAŃSTWOWY FUNDUSZ REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

DEK - R - I

A) IDENTYFIKACJA PRACODAWCY, O KTÓRYM MOWA W ART. 21 UST. 1 LUB ART. 24 USTAWY							
Numer w rejestrze PFRON		Nr Identyfikacji Statystycznej GUS (REGON)*		Nr Identyfikacji Podatkowej (NIP)			
A1		A2		A3	-		
Pełna nazwa zakładu							
A4							
Kod		Miejscowość					
A5	-	A6					
Ulica				Numer lokalu			
A7							
Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za sporządzenie deklaracji oraz telefon z numerem kierunkowym				Telefony do zakładu pracy (z numerem kierunkowym)			
A8				A9			
B) DATA SPORZĄDZENIA DEKLARACJI;			ZA ROK OBRACHUNKOWY				
Dzień Miesiąc Rok			Rok				
B1			B2				
C) RODZAJ DEKLARACJI **							
ZWYKŁA			KORYGUJĄCA				
C1			C2				
D) MIESIĄCE OBOWIĄZKU WPLAT (wpisać X w polu Tak lub Nie)							
Miesiąc	Tak	Nie	Jeżeli nie, podać przyczynę	Miesiąc	Tak	Nie	Jeżeli nie, podać przyczynę
styczeń	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		lipiec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
luty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		sierpień	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
marzec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		wrzesień	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
kwiecień	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		październik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
maj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		listopad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
czerwiec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		grudzień	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

* pierwsze dziewięć cyfr

** wpisać X we właściwym polu

E) ROZLICZENIE ROCZNE NALEŻNYCH WPLAT* - wypełnia pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 1 ustawy

Suma kwot deklarowanych w roku
E1 zł gr

Suma dokonanych wpłat w roku
E2 zł gr

Niedopłata
E3 zł gr

Nadpłata
E4 zł gr

F) ROZLICZENIE ROCZNE NALEŻNYCH WPLAT* - wypełnia pracodawca, o którym mowa w art. 24 ust. 2 ustawy

Suma kwot deklarowanych w roku
F1 zł gr

Suma dokonanych wpłat w roku
F2 zł gr

Niedopłata
F3 zł gr

Nadpłata
F4 zł gr

G) UWAGI

.....
(Podpis i pieczętka kierownika zakładu pracy)

.....
(Podpis i pieczętka głównego księgowego)

Pieczęć zakładu pracy

* dotyczy: 1) deklaracji, które zostały złożone w danym roku kalendarzowym
2) wpłat dokonanych w tym okresie

WZÓR

**DEKLARACJA ROCZNA - ROZLICZENIE WPLAT NA PAŃSTWOWY
FUNDUSZ REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH
DEK - R - II**

A) IDENTYFIKACJA PRACODAWCY, O KTÓRYM MOWA W ART. 31 USTAWY			
Numer w rejestrze PFRON <input style="width: 95%;" type="text"/> A1	Nr Identyfikacji Statystycznej GUS (REGON)* <input style="width: 95%;" type="text"/> A2	Nr Identyfikacji Podatkowej (NIP) <input style="width: 95%;" type="text"/> A3	
Numer decyzji Pełnomocnika do Spraw Osób Niepełnosprawnych ** <input style="width: 95%;" type="text"/> A4	Data uzyskania statusu ZPChr *** Rok Miesiąc Dzień <input style="width: 25%; text-align: center;" type="text"/> <input style="width: 25%; text-align: center;" type="text"/> <input style="width: 25%; text-align: center;" type="text"/> A5		
Pełna nazwa zakładu <input style="width: 95%;" type="text"/> A6			
Kod <input style="width: 20%;" type="text"/> A7	Miejscowość <input style="width: 95%;" type="text"/> A8		
Ulica <input style="width: 95%;" type="text"/> A9		Numer lokalu <input style="width: 95%;" type="text"/>	
Imię i nazwisko oraz telefon osoby odpowiedzialnej za sporządzenie deklaracji <input style="width: 95%;" type="text"/> A10		Telefony do zakładu pracy (z numerem kierunkowym) <input style="width: 95%;" type="text"/> A11	
B) DATA SPORZĄDZENIA DEKLARACJI;		ZA ROK	
Dzień Miesiąc Rok <input style="width: 25%; text-align: center;" type="text"/> <input style="width: 25%; text-align: center;" type="text"/> <input style="width: 25%; text-align: center;" type="text"/> B1		Rok <input style="width: 95%;" type="text"/> B2	
C) RODZAJ DEKLARACJI ****			
ZWYKŁA <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> C1		KORYGUJĄCA <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> C2	
D) ROZLICZENIE ROCZNE NALEŻNYCH WPLAT *****			
Kwota należności za rok (H1 + H2) <input style="width: 95%;" type="text"/> zł gr D1		Suma dokonanych wpłat w roku <input style="width: 95%;" type="text"/> zł gr D2	
Niedopłata <input style="width: 95%;" type="text"/> zł gr D3		Nadpłata <input style="width: 95%;" type="text"/> zł gr D4	

* pierwsze dziewięć cyfr

** numer decyzji stwierdzającej spełnienie przez zakład warunków określonych dla zakładu pracy chronionej

*** zakład pracy chronionej

**** wpisać X we właściwym polu

***** dotyczy: 1) deklaracji, które zostały złożone w danym roku kalendarzowym
2) wpłat dokonanych w tym okresie

E) KOREKTA NALEŻNYCH WPLĄT Z TYTUŁU ZWOLNIENIA Z PODATKU DOCHODOWEGO OD DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ

Kwota zobowiązania wobec PFRON (10%)
E1 _____ zł gr

Kwota korekty
E2 _____ zł gr

F) KOREKTA NALEŻNYCH WPLĄT Z TYTUŁU ZWOLNIENIA Z PODATKU DOCHODOWEGO OD OSÓB FIZYCZNYCH (PRACOWNIKÓW)

Kwota zobowiązania wobec PFRON (10%)
F1 _____ zł gr

Kwota korekty
F2 _____ zł gr

G) KOREKTA NALEŻNYCH WPLĄT Z TYTUŁU POZOSTAŁYCH ZWOLNIEŃ PODATKOWYCH ŁĄCZNIE

Kwota zobowiązania wobec PFRON (10%)
G1 _____ zł gr

Kwota korekty
G2 _____ zł gr

H) UWAGI

Blank area for notes.

.....
 (Podpis i pieczętka kierownika zakładu pracy)

.....
 (Podpis i pieczętka głównego księgowego)

Pieczęć zakładu pracy

WZÓR

**DEKLARACJA WPLAT
NA PAŃSTWOWY FUNDUSZ REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

DEK - W

A) IDENTYFIKACJA PRACODAWCY, O KTÓRYM MOWA W ART. 23 USTAWY			
Data sporządzenia deklaracji Rok Miesiąc Dzień	Nr Identyfikacji Statystycznej GUS (REGON)*	Nr Identyfikacji Podatkowej (NIP)	
A1	A2	A3	
Pełna nazwa pracodawcy			
A4			
Kod	Miejscowość		
A5	A6		
Ulica		Numer lokalu	
A7			
Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za sporządzenie deklaracji oraz telefon z numerem kierunkowym		Telefony do pracodawcy (z numerem kierunkowym)	
A8		A9	

B) OBOWIĄZKOWA WPLATA Z TYTUŁU NIEZORGANIZOWANIA MIEJSC PRACY			
Przeciętne wynagrodzenie wg GUS	Wartość należności (15xB1)		
B1	B2		
Ulga przyznana decyzją zgodnie z art. 49 ust. 1 lub ust. 4 ustawy	Znak decyzji		
B3	B4		
Kwota do zapłaty (B2-B3)	Data zwolnienia pracownika (rok/miesiąc/dzień)		
B5	B6		

C) UWAGI

<p style="text-align: center;">..... (Podpis i pieczętka kierownika zakładu pracy)</p> <p style="text-align: center;">..... (Podpis i pieczętka głównego księgowego)</p>	<p>Pieczęć zakładu pracy</p>
--	-------------------------------------

* pierwsze dziewięć cyfr