

## WZÓR

**INF-Z** Informacja miesięczna o zatrudnieniu, kształceniu lub o działalności na rzecz osób niepełnosprawnych – informacja ewidencyjna

Podstawa prawna: Art. 21 ust. 2f ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”.

Składający: Pracodawca zwolniony z wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) na podstawie art. 21 ust. 2, 2a, 2b lub 2e ustawy.

Termin składania<sup>1</sup>: Do 20. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym zaistniały okoliczności powodujące zwolnienie z wpłat.

Adresat: Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.

**A. Dane ewidencyjne pracodawcy**1. Numer w rejestrze PFRON<sup>2</sup>

\_\_\_\_\_

2. NIP <sup>3</sup> _____	3. REGON <sup>3</sup> _____	4. Pracodawca <sup>4</sup> _____			
5. Forma prawna <sup>5</sup> _____	6. Szczególna forma prawna <sup>6</sup> _____	7. Forma własności <sup>7</sup> _____	8. Wielkość <sup>8</sup> _____	9. Identyfikator adresu <sup>9</sup> _____	10. PKD <sup>10</sup> _____

**B. Dane o informacji**11. Informacja<sup>11</sup>

- 
1. Zgłoszeniowa
- 
- 
2. Aktualizacyjna

12. Okres sprawozdawczy

- |                     |                 |
|---------------------|-----------------|
| 1. Miesiąc<br>_____ | 2. Rok<br>_____ |
|---------------------|-----------------|

13. Dokument składany wraz z informacją<sup>11</sup>

- 
1. INF-1
- 
2. INF-2

**C. Dodatkowe informacje o pracodawcy****C.1. Adres**

14. Ulica _____	15. Nr domu _____	16. Nr lokalu _____	17. Miejscowość _____	
18. Kod pocztowy _____	19. Poczta _____	20. Telefon <sup>12</sup> _____	21. Faks <sup>12</sup> _____	22. E-mail <sup>13</sup> _____

**C.2. Pełnomocnik<sup>14</sup>**23. Imię i nazwisko  
\_\_\_\_\_**C.3. Adres do korespondencji<sup>15</sup>**

24. Adresat

25. Ulica _____	26. Nr domu _____	27. Nr lokalu _____	28. Miejscowość _____	
29. Kod pocztowy _____	30. Poczta _____	31. Telefon <sup>12</sup> _____	32. Faks <sup>12</sup> _____	33. E-mail <sup>13</sup> _____

**C.4. Organ rejestrowy**34. Pełna nazwa organu rejestrowego<sup>16</sup>

35. Nazwa rejestru lub ewidencji <sup>17</sup> _____	36. Data rejestracji <sup>18</sup> _____	37. Numer w rejestrze lub w ewidencji _____
---	---	--

**D. Typ pracodawcy<sup>19</sup>****D.1. Typ pracodawcy o szczególnym statusie**38. Typ pracodawcy<sup>11</sup>

- 
1. Prowadzący zakład pracy chronionej
- 
- 
2. Prowadzący zakład aktywności zawodowej
- 
- 
3. Inny

39. Rodzaj decyzji<sup>11</sup>

- 
1. Przyznająca status
- 
- 
2. Stwierdzająca utratę statusu

40. Podstawa uzyskania lub

utraty statusu<sup>20</sup>

41. Data wydania decyzji <sup>18</sup> _____	42. Znak decyzji _____	43. Data uzyskania lub utraty statusu <sup>18</sup> _____	44. Struktura pracodawcy <sup>21</sup> _____
---	---------------------------	--	---

**D.2. Typy pracodawców, o których mowa w art. 21 ustawy<sup>22</sup>**45. Pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 2a ustawy<sup>23</sup>  
\_\_\_\_\_46. Pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 2b ustawy<sup>24</sup>  
\_\_\_\_\_47. Pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 2e ustawy<sup>25</sup>  
\_\_\_\_\_**E. Podleganie obowiązkowi wpłat<sup>26</sup>**48. Okres, za który po raz pierwszy pracodawca podlegał obowiązkowi wpłat<sup>27</sup>  
\_\_\_\_\_49. Podstawa prawna podlegania obowiązkowi wpłat<sup>28</sup>  
\_\_\_\_\_**F. Osoba odpowiedzialna za kontakty z PFRON**

50. Imię _____	51. Nazwisko _____	52. Telefon <sup>12</sup> _____	53. Faks <sup>12</sup> _____	54. E-mail <sup>13</sup> _____
-------------------	-----------------------	------------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------

**G. Uwagi**

--

Oświadczam, że są mi znane przepisy dotyczące wpłat na PFRON.  
Dane zawarte w informacji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

55. Data wypełnienia informacji<sup>18</sup>  
\_\_\_\_\_56. Podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej  
\_\_\_\_\_

INF-Z 1/1

**Objaśnienia do informacji INF-Z**

<sup>1</sup> Pracodawca może nie składać informacji INF-Z, jeżeli nie uległy zmianie dane wykazane w uprzednio złożonej deklaracji DEK-Z (Deklaracji wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych – deklaracji ewidencyjnej) lub informacji INF-Z za okresy przypadające począwszy od października 2018 r.

<sup>2</sup> Wpisać numer, jeżeli został nadany pracodawcy przed dniem złożenia informacji.

<sup>3</sup> Wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa. W przypadku posiadania 9-cyfrowego numeru REGON w poz. 3 należy po dziewiętej cyfrze wpisać pięć zer.

<sup>4</sup> Należy wpisać pełną nazwę albo firmę, albo imię i nazwisko pracodawcy. Poz. 4 należy wypełniać jednolicie w składanych informacjach, o których mowa w art. 21 ust. 2f ustawy, i deklaracjach, o których mowa w art. 49 ust. 2 ustawy.

<sup>5</sup> Należy podać kod odpowiadający formie prawnej pracodawcy: 1A – przedsiębiorstwo państwowe, 1B – jednoosobowa spółka Skarbu Państwa, 1C – jednoosobowa spółka jednostki samorządu terytorialnego, w rozumieniu przepisów o gospodarce komunalnej, 1D – spółka akcyjna albo spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, w stosunku do których Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego, przedsiębiorstwo państwowe lub jednoosobowa spółka Skarbu Państwa są podmiotami, które posiadają uprawnienia takie, jak przedsiębiorcy dominujący w rozumieniu przepisów o ochronie konkurencji i konsumentów, 2 – pracodawca nienależący do kategorii określonych kodami od 1A do 1D.

<sup>6</sup> Należy podać kod szczególnej formy prawnej określony w przepisach dotyczących sposobu i metodologii prowadzenia i aktualizacji krajowego rejestru urzędowego podmiotów gospodarki narodowej, wzorów wniosków, ankiet i zaświadczeń.

<sup>7</sup> Forma własności jest określana na podstawie procentowego udziału własności zgodnie z przepisami dotyczącymi sposobu i metodologii prowadzenia i aktualizacji krajowego rejestru urzędowego podmiotów gospodarki narodowej. Należy podać kolejno odpowiednie kody odpowiadające własności: 1 – Skarbu Państwa, 2 – państwowych osób prawnych, 3 – jednostek samorządu terytorialnego, 4 – krajowych osób fizycznych, 5 – pozostałych krajowych jednostek prywatnych, 6 – osób zagranicznych.

<sup>8</sup> Należy podać odpowiedni kod. Wpisując kod, należy brać pod uwagę dane na ostatni dzień roku poprzedzającego rok sprawozdawczy. Kod 0 – mikroprzedsiębiorca, kod 1 – przedsiębiorca mały, kod 2 – przedsiębiorca średni, kod 3 – inny przedsiębiorca, kod 4 – pracodawca niebędący przedsiębiorcą.

<sup>9</sup> Należy podać pełne, siedmiocyfrowe oznaczenie gminy, na obszarze której pracodawca ma odpowiednio siedzibę lub miejsce zamieszkania – zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 15 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia, stosowania i udostępniania krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju oraz związanych z tym obowiązków organów administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego (Dz. U. poz. 1031, z późn. zm.). Identyfikator terytorialne gmin dostępne są na stronie internetowej Głównego Urzędu Statystycznego.

<sup>10</sup> Należy wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa. Należy podać klasę rodzaju działalności pracodawcy, zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2007 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) (Dz. U. poz. 1885, z późn. zm.), która generuje największy przychód.

<sup>11</sup> Należy w odpowiednim polu wstawić znak „X”.

<sup>12</sup> W poz. 20, 31 i 52 należy podać dziewięćcyfrowy numer telefonu (w przypadku korzystania z telefonu). W poz. 21, 32 i 53 należy podać dziewięćcyfrowy numer faksu (w przypadku korzystania z faksu).

<sup>13</sup> Należy wypełnić w przypadku korzystania z poczty elektronicznej.

<sup>14</sup> Należy złożyć odpowiednio pełnomocnictwo oraz dowód uiszczenia opłaty skarbowej za udzielone pełnomocnictwo (o ile opłata jest wymagana) albo zawiadomienie o odwołaniu pełnomocnictwa.

<sup>15</sup> Poz. 24-33 należy wypełnić, jeżeli adres, na który należy kierować korespondencję do pracodawcy (tj. odpowiednio adres do korespondencji pracodawcy lub adres pełnomocnika upoważnionego do odbierania korespondencji), jest inny niż adres wykazany w bloku C.1. W poz. 24 należy wpisać odpowiednio imię i nazwisko osoby lub nazwę podmiotu, do których należy kierować korespondencję do pracodawcy.

<sup>16</sup> Dotyczy także organów wydających koncesje, zezwolenia, pozwolenia.

<sup>17</sup> Nazwa rejestru lub ewidencji, w których pracodawca jest zarejestrowany, np. Krajowy Rejestr Sądowy, Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej.

<sup>18</sup> Należy podać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.

<sup>19</sup> Według stanu na dzień sporządzenia informacji.

<sup>20</sup> Należy wpisać 1 – w przypadku odpowiednio uzyskania lub utraty statusu na podstawie decyzji Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych albo 2 – w przypadku odpowiednio uzyskania lub utraty statusu na podstawie decyzji wojewody.

<sup>21</sup> Należy wpisać 1 – w przypadku jednostki organizacyjnej, o której mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 5 września 2016 r. o szczególnych zasadach rozliczeń podatku od towarów i usług oraz dokonywania zwrotu środków publicznych przeznaczonych na realizację projektów finansowanych z udziałem środków pochodzących z budżetu Unii Europejskiej lub od państw członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu przez jednostki samorządu terytorialnego (Dz. U. z 2018 r. poz. 280), 2 – w przypadku wydzielonej jednostki organizacyjnej wchodzącej w skład innych podmiotów, 0 – w przypadku innej jednostki.

<sup>22</sup> Wypełnia pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 2a, 2b lub 2e ustawy.

<sup>23</sup> Należy podać kod odpowiadający typowi pracodawcy: A01 – państwowa jednostka organizacyjna – jednostka budżetowa, A02 – państwowa jednostka organizacyjna – zakład budżetowy, A03 – państwowa jednostka organizacyjna – gospodarstwo pomocnicze, A04 – państwowa jednostka organizacyjna – instytucja kultury, A05 – państwowa jednostka organizacyjna – jednostka organizacyjna zajmująca się statutowo ochroną dóbr kultury uznanych za pomnik historii, A06 – samorządowa jednostka organizacyjna – jednostka budżetowa, A07 – samorządowa jednostka organizacyjna – zakład budżetowy, A08 – samorządowa jednostka organizacyjna – gospodarstwo pomocnicze, A09 – samorządowa jednostka organizacyjna – instytucja kultury, A10 – samorządowa jednostka organizacyjna – instytucja zajmująca się statutowo ochroną dóbr kultury uznanych za pomnik historii, A11 – inna jednostka organizacyjna zajmująca się statutowo ochroną dóbr kultury uznanych za pomnik historii. Należy wskazać odpowiedni typ pracodawcy za okres, którego dotyczą wpłaty.

<sup>24</sup> Należy podać kod odpowiadający typowi pracodawcy: B01 – uczelnia publiczna, B02 – uczelnia niepubliczna, B03 – publiczna wyższa szkoła zawodowa, B04 – niepubliczna wyższa szkoła zawodowa, B05 – szkoła publiczna, B06 – szkoła niepubliczna, B07 – publiczna placówka opiekuńczo-wychowawcza, B08 – niepubliczna placówka opiekuńczo-wychowawcza, B09 – publiczna placówka resocjalizacyjna, B10 – niepubliczna placówka resocjalizacyjna, B11 – zakład kształcenia nauczycieli, B12 – publiczny żłobek, B13 – niepubliczny żłobek, B14 – regionalna placówka opiekuńczo-terapeutyczna, B15 – interwencyjny ośrodek preadopcyjny, B16 – klub dziecięcy, B17 – publiczne przedszkole, B18 – niepubliczne przedszkole, B19 – publiczne inne formy wychowania przedszkolnego, B20 – niepubliczne inne formy wychowania przedszkolnego.

<sup>25</sup> Należy podać kod odpowiadający typowi pracodawcy: E01 – publiczna jednostka organizacyjna niedziałająca w celu osiągnięcia zysku, której wyłącznym przedmiotem prowadzonej działalności jest rehabilitacja społeczna i lecznicza osób niepełnosprawnych, E02 – publiczna jednostka organizacyjna niedziałająca w celu osiągnięcia zysku, której wyłącznym przedmiotem prowadzonej działalności jest edukacja osób niepełnosprawnych, E03 – publiczna jednostka organizacyjna niedziałająca w celu osiągnięcia zysku, której wyłącznym przedmiotem prowadzonej działalności jest opieka nad osobami niepełnosprawnymi, E04 – niepubliczna jednostka organizacyjna niedziałająca w celu osiągnięcia zysku, której wyłącznym przedmiotem prowadzonej działalności jest rehabilitacja społeczna i lecznicza osób niepełnosprawnych, E05 – hospicjum, E06 – dom pomocy społecznej, E07 – niepubliczna jednostka organizacyjna niedziałająca w celu osiągnięcia zysku, której wyłącznym przedmiotem prowadzonej działalności jest edukacja osób niepełnosprawnych, E08 – niepubliczna jednostka organizacyjna niedziałająca w celu osiągnięcia zysku, której wyłącznym przedmiotem prowadzonej działalności jest opieka nad osobami niepełnosprawnymi, E09 – zakład opiekuńczo-leczniczy.

<sup>26</sup> Dotyczy zarówno zobowiązania do wpłat, jak i zwolnienia z wpłat na podstawie art. 21 ust. 2, 2a, 2b lub 2e ustawy.

<sup>27</sup> Należy podać datę w formacie: miesiąc-rok.

<sup>28</sup> Należy podać kod odpowiadający podstawie prawnej podlegania obowiązkowi wpłat: 10 – jeżeli podstawą podlegania obowiązkowi wpłat jest art. 21 ustawy, 0W – jeżeli podstawą podlegania obowiązkowi wpłat jest art. 23 ustawy, 2A – jeżeli pracodawca podlega obowiązkowi wpłat deklarowanych w deklaracji DEK-II-a, 2B – jeżeli pracodawca podlega obowiązkowi wpłat deklarowanych w deklaracji DEK-II-b, albo 2U – jeżeli pracodawca podlega obowiązkowi wpłat deklarowanych w deklaracji DEK-II-u.