

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 _____			2. PESEL ² _____		
3. Numer dowodu osobistego ³ _____		4. NIP ² _____		5. Nazwisko _____				
6. Pierwsze imię _____				7. Drugie imię _____				
8. Województwo _____				9. Powiat _____				
10. Gmina _____				11. Miejscowość _____				
12. Kod pocztowy ____-____		13. Poczta _____		14. Ulica _____			15. Nr domu _____	16. Nr lokalu _____
17. Miejsce zamieszkania ⁴ <input type="checkbox"/> 1. Miasto <input type="checkbox"/> 2. Wieś		18. Wykonywany zawód lub specjalność ⁵ _____		19. Poziom wykształcenia ⁶ _____		20. Płeć ⁴ <input type="checkbox"/> 1. Kobieta <input type="checkbox"/> 2. Mężczyzna		

B. Dane o informacji					
21. Okres sprawozdawczy		22. Informacja ⁴		23. Numer kolejny informacji	
1. Miesiąc ____	2. Rok ____	<input type="checkbox"/> 1. Zwykła <input type="checkbox"/> 2. Korygująca		_____	

C. Informacja o stopniu niepełnosprawności, zatrudnieniu i wynagrodzeniu							
Pracownik, u którego stwierdzono chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe lub epilepsję oraz pracownik będący osobą niewidomą							
w okresie zatrudnienia u pracodawcy prowadzącego zakład pracy chronionej			w okresie zatrudnienia u pracodawcy nie prowadzącego zakładu pracy chronionej				
Stopień niepełnosprawności	znaczny	umiarkowany	lekki	znaczny	umiarkowany	lekki	
Przeciętny miesięczny wymiar czasu pracy ⁸	24. _____	25. _____	26. _____	27. _____	28. _____	29. _____	
Pracownik, u którego nie stwierdzono choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub epilepsji oraz pracownik nie będący osobą niewidomą							
w okresie zatrudnienia u pracodawcy prowadzącego zakład pracy chronionej			w okresie zatrudnienia u pracodawcy nie prowadzącego zakładu pracy chronionej				
Stopień niepełnosprawności	znaczny	umiarkowany	lekki	znaczny	umiarkowany	lekki	
Przeciętny miesięczny wymiar czasu pracy ⁸	30. _____	31. _____	32. _____	33. _____	34. _____	35. _____	
Wynagrodzenia ¹³ : osiągnane		42. _____		Kwoty pomniejszeń dofinansowania po pomniejszeniach:		Kwota ustalona na podstawie art. 26a ust. 1-3 ustawy ¹⁴	
wypłacone		44. _____		pomniejszenia ¹⁵		45. _____	
minimalne		47. _____		dofinansowanie ¹⁷		48. _____	
						Kwota po pomniejszeniach ¹⁶	
						49. _____	
						Kwota do przekazania na ZFRON ¹⁸	
						50. _____	
						DO WYPŁATY ¹⁹	

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

Objaśnienia do formularza INF-D-P

¹ Poz. 7-20 należy wypełnić wyłącznie w przypadku składania Miesięcznej informacji o wynagrodzeniach, zatrudnieniu i stopniach niepełnosprawności pracowników niepełnosprawnych (INF-D-P) za osobę, której dotyczy informacja, po raz pierwszy oraz gdy wykazane dane uległy zmianie. Poz. 17-20 nie należy wypełniać, jeżeli osoba, której dotyczą dane wykazywane w tych pozycjach, nie wyrazi na to pisemnej zgody.

² Wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa.

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

⁴ W odpowiednich polach należy wstawić znak X.

⁵ Należy wpisać kod stosownie do załącznika do rozporządzenia Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 8 grudnia 2004 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz.U. Nr 265, poz. 2644, z późn. zm.).

⁶ Należy podać jednocyfrowy kod wykształcenia „W” określony w tablicy nr 8 w załączniku do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 6 maja 2003 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Edukacji (Dz.U. Nr 98, poz. 895).

⁷ Należy wybrać jedną metodę ustalania podwyższonych kosztów pracownika w danym roku. Należy wstawić znak x w polu 3, jeżeli pomoc wykazana w poz. 48 nie stanowi dla pracodawcy pomocy publicznej.

⁸ 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.

⁹ Należy wypełnić w przypadku wybrania pola 1 lub 2 w poz. 37.

Wykazać przypadającą na dany okres niższą z kwot wynikających z porównania:

- kwoty podwyższonych kosztów zatrudnienia ustalanych narastająco od początku roku do okresu sprawozdawczego włącznie z uwzględnieniem kosztów do zrekompensowania z poprzednich lat, a w razie składania korygującej Miesięcznej informacji o wynagrodzeniach, zatrudnieniu i stopniach niepełnosprawności pracowników niepełnosprawnych (INF-D-P) — dodatkowo z uwzględnieniem wzrostu kwoty kosztów przeniesionych z okresów późniejszych oraz
- kwoty kosztów płacy ustalanych narastająco od początku roku do okresu sprawozdawczego włącznie, a w razie składania korygującej Miesięcznej informacji o wynagrodzeniach, zatrudnieniu i stopniach niepełnosprawności pracowników niepełnosprawnych (INF-D-P) — dodatkowo z uwzględnieniem wzrostu kwoty kosztów przeniesionych z okresów późniejszych.

¹⁰ Należy wypełnić w przypadku wybrania pola 1 lub 2 w poz. 37.

Wykazać sumę kwot:

- refundacji składek na ubezpieczenia społeczne przysługujących na podstawie art. 25a ust. 2-4 ustawy, wykazanych w poz. 56 Miesięcznych informacji pracodawcy o podstawach wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, składkach na ubezpieczenia społeczne, zatrudnieniu i stopniach niepełnosprawności pracowników niepełnosprawnych (INF-U-P) składanych za okresy od początku roku do okresu sprawozdawczego włącznie oraz
- dofinansowania do wynagrodzeń osób niepełnosprawnych przysługujących na podstawie art. 26a ustawy, wykazanych w poz. 48 Miesięcznych informacji o wynagrodzeniach, zatrudnieniu i stopniach niepełnosprawności pracowników niepełnosprawnych (INF-D-P) składanych za okresy od początku roku do miesiąca poprzedzającego okres sprawozdawczy włącznie.

¹¹ Należy wykazać wypłaconą kwotę z poz. 39.

¹² Należy wykazać kwotę refundacji do wypłaty za okres sprawozdawczy.

¹³ Wykazać odpowiednie kwoty w poz. 42 i 44, jeżeli wynagrodzenie zostało wypłacone do dnia złożenia informacji. W poz. 47 wykazać najniższe wynagrodzenie, o którym mowa w art. 2 pkt 1 ustawy.

¹⁴ Poz. 43 = poz. 47 x [1,3 x (poz. 24 x 1 + poz. 27 x 0,9 + poz. 30 x 1 + poz. 33 x 0,7) + 1,1 x (poz. 25 x 1 + poz. 28 x 0,9 + poz. 31 x 1 + poz. 34 x 0,7) + 0,5 x (poz. 26 x 1 + poz. 29 x 0,9 + poz. 32 x 1 + poz. 35 x 0,7) + 0,75 x (poz. 24 + poz. 25 + poz. 26)].

¹⁵ Kwota wynagrodzenia osiąganego finansowana ze środków publicznych, w tym na podstawie art. 25a ust. 2-4 i art. 26f ustawy.

¹⁶ Jeżeli poz. 42 ≤ poz. 43 + poz. 45, to poz. 46 = poz. 42 – poz. 45. Jeżeli poz. 42 > poz. 43 + poz. 45, to poz. 46 = poz. 43.

¹⁷ Jeżeli poz. 46 ≤ poz. 42, to poz. 48 = poz. 46. Jeżeli poz. 46 > poz. 42, to poz. 48 = [poz. 44 x (poz. 27 + poz. 28 + poz. 29 + poz. 33 + poz. 34 + poz. 35) + poz. 46 x (poz. 24 + poz. 25 + poz. 26 + poz. 30 + poz. 31 + poz. 32)] / (poz. 24 + poz. 25 + poz. 26 + poz. 27 + poz. 28 + poz. 29 + poz. 30 + poz. 31 + poz. 32 + poz. 33 + poz. 34 + poz. 35).

¹⁸ Poz. 49 = (poz. 43 - poz. 42) x (poz. 24 + poz. 25 + poz. 26 + poz. 30 + poz. 31 + poz. 32) / (poz. 24 + poz. 25 + poz. 26 + poz. 27 + poz. 28 + poz. 29 + poz. 30 + poz. 31 + poz. 32 + poz. 33 + poz. 34 + poz. 35). Jeżeli poz. 49 < 0, należy wpisać 0.

¹⁹ W przypadku wybrania pola 1 lub 2 w poz. 37: jeżeli (poz. 39 + poz. 48) > poz. 38, to poz. 50 = poz. 38 – poz. 40 – poz. 41 + poz. 49, a jeżeli (poz. 39 + poz. 48) ≤ poz. 38, to poz. 50 = poz. 49 + poz. 48 + poz. 39 – poz. 40 – poz. 41. W przypadku wybrania pola 3 w poz. 37: poz. 50 = poz. 48 + poz. 49. Jeżeli poz. 50 < 0, to poz. 50 = 0. Jeżeli poz. 50 < poz. 49, to przekazaniu na zakładowy fundusz rehabilitacji osób niepełnosprawnych (ZFRON) podlega kwota z poz. 50. Kwota wykazana w pozycji 50 nie może przekroczyć sumy poz. 48 i 49.