

INF – WZ

Informacja o zmianach dotyczących spełniania przez pracodawców prowadzących zakłady pracy chronionej albo zakłady aktywności zawodowej warunków określonych w art. 28 i art. 33 ust. 1 i 3 ustawy

| | |
|--------------------------|---|
| Podstawa prawna: | Art. 30 ust. 4 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. |
| Składający: | Pracodawca prowadzący zakład pracy chronionej lub zakład aktywności zawodowej. |
| Termin składania: | 14 dni od dnia zaistnienia zmian dotyczących spełniania przez pracodawców prowadzących zakłady pracy chronionej albo zakłady aktywności zawodowej warunków określonych w art. 28 i art. 33 ust. 1 i 3 ustawy. |
| Adresat: | Wojewoda właściwy ze względu na siedzibę pracodawcy. |

| | | | | | | | |
|--|--|----------------------------------|--|----------------------------------|--|---|--|
| A. Dane ewidencyjne pracodawcy¹⁾ | | | | | | 1. Znak aktualnej decyzji o przyznaniu statusu zakładu pracy chronionej lub zakładu aktywności zawodowej | |
| 2. NIP ²⁾ | | 3. REGON ²⁾ | | 4. Pełna nazwa | | | |
| 5. Forma prawna(1) ³⁾ | | 6. Forma prawna(2) ⁴⁾ | | 7. Forma własności ⁵⁾ | | 8. Wielkość ⁶⁾ | |
| 9. Identyfikator adresu ⁷⁾ | | 10. PKD ⁸⁾ | | | | | |
| 11. Kod pocztowy | | 12. Poczta | | 13. Miejscowość | | 14. Ulica | |
| 15. Nr domu | | 16. Nr lokalu | | 17. Telefon ⁹⁾ | | 18. Faks ⁹⁾ | |
| 19. E-mail | | | | | | | |

| | | | |
|--|--|---|--|
| B. Status zakładu pracy chronionej lub zakładu aktywności zawodowej¹⁾ | | | |
| 20. Typ zakładu prowadzonego przez pracodawcę | | <input type="checkbox"/> 1. Zakład pracy chronionej <input type="checkbox"/> 2. Zakład aktywności zawodowej | |
| 21. Podstawa uzyskania lub utraty statusu | | 22. Rodzaj decyzji | |
| <input type="checkbox"/> 1. Decyzja Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych <input type="checkbox"/> 2. Decyzja wojewody | | <input type="checkbox"/> 1. Przyznająca status <input type="checkbox"/> 2. Stwierdzająca utratę statusu | |
| 23. Data wydania decyzji | | | |
| 24. Znak decyzji | | | |
| 25. Data utraty/uzyskania statusu | | | |

| | | | | | | | | |
|---|----------------------|--------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| C. Zmiany w zakresie wywiązywania się przez pracodawcę z obowiązków, o których mowa w art. 28 i art. 33 ust. 1 i 3 ustawy w poszczególnych miesiącach okresu sprawozdawczego (1)¹⁾ | | | | | | | | |
| Zmiana dotyczy: | W pierwszym półroczu | <input type="checkbox"/> | styczeń | Luty | marzec | kwiecień | maj | czerwiec |
| | W drugim półroczu | <input type="checkbox"/> | lipiec | sierpień | wrzesień | październik | listopad | grudzień |
| 1) nazwy pracodawcy | | | 26. <input type="checkbox"/> | 27. <input type="checkbox"/> | 28. <input type="checkbox"/> | 29. <input type="checkbox"/> | 30. <input type="checkbox"/> | 31. <input type="checkbox"/> |
| 2) adresu siedziby pracodawcy | | | 32. <input type="checkbox"/> | 33. <input type="checkbox"/> | 34. <input type="checkbox"/> | 35. <input type="checkbox"/> | 36. <input type="checkbox"/> | 37. <input type="checkbox"/> |
| 3) ciągłości prowadzenia działalności gospodarczej | | | 38. <input type="checkbox"/> | 39. <input type="checkbox"/> | 40. <input type="checkbox"/> | 41. <input type="checkbox"/> | 42. <input type="checkbox"/> | 43. <input type="checkbox"/> |
| 4) miejsc prowadzenia działalności | | | 44. <input type="checkbox"/> | 45. <input type="checkbox"/> | 46. <input type="checkbox"/> | 47. <input type="checkbox"/> | 48. <input type="checkbox"/> | 49. <input type="checkbox"/> |
| 5) formy prawnej działalności | | | 50. <input type="checkbox"/> | 51. <input type="checkbox"/> | 52. <input type="checkbox"/> | 53. <input type="checkbox"/> | 54. <input type="checkbox"/> | 55. <input type="checkbox"/> |
| 6) stanu zatrudnienia ogółem | | | 56. <input type="checkbox"/> | 57. <input type="checkbox"/> | 58. <input type="checkbox"/> | 59. <input type="checkbox"/> | 60. <input type="checkbox"/> | 61. <input type="checkbox"/> |
| 7) wskaźników zatrudnienia osób niepełnosprawnych | | | 62. <input type="checkbox"/> | 63. <input type="checkbox"/> | 64. <input type="checkbox"/> | 65. <input type="checkbox"/> | 66. <input type="checkbox"/> | 67. <input type="checkbox"/> |
| 8) utrzymania zatrudnienia pracowników przejętego zakładu pracy chronionej w okresie roku od dnia wydania decyzji, o której mowa w art. 30 ust. 2a ustawy | | | 68. <input type="checkbox"/> | 69. <input type="checkbox"/> | 70. <input type="checkbox"/> | 71. <input type="checkbox"/> | 72. <input type="checkbox"/> | 73. <input type="checkbox"/> |
| 9) zapewnienia, by obiekty i pomieszczenia użytkowane przez zakład pracy odpowiadały przepisom i zasadom bezpieczeństwa i higieny pracy | | | 74. <input type="checkbox"/> | 75. <input type="checkbox"/> | 76. <input type="checkbox"/> | 77. <input type="checkbox"/> | 78. <input type="checkbox"/> | 79. <input type="checkbox"/> |
| 10) zapewnienia, by obiekty i pomieszczenia użytkowane przez zakład pracy uwzględniały potrzeby osób niepełnosprawnych w zakresie przystosowania stanowisk pracy, pomieszczeń higieniczno-sanitarnych i ciągów komunikacyjnych oraz spełniały wymagania dostępności do nich | | | 80. <input type="checkbox"/> | 81. <input type="checkbox"/> | 82. <input type="checkbox"/> | 83. <input type="checkbox"/> | 84. <input type="checkbox"/> | 85. <input type="checkbox"/> |
| 11) zapewnienia doraźnej i specjalistycznej opieki medycznej, poradnictwa i usług rehabilitacyjnych | | | 86. <input type="checkbox"/> | 87. <input type="checkbox"/> | 88. <input type="checkbox"/> | 89. <input type="checkbox"/> | 90. <input type="checkbox"/> | 91. <input type="checkbox"/> |

C. Zmiany w zakresie wywiązywania się przez pracodawcę z obowiązków, o których mowa w art. 28 i art. 33 ust. 1 i 3 ustawy w poszczególnych miesiącach okresu sprawozdawczego (2)¹⁾

| Zmiana dotyczy: | W pierwszym półroczu | | styczeń | luty | marzec | kwiecień | maj | czerwiec |
|--|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | lipiec | sierpień | wrzesień | październik | listopad | grudzień |
| 12) utworzenia zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 92. <input type="checkbox"/> | 93. <input type="checkbox"/> | 94. <input type="checkbox"/> | 95. <input type="checkbox"/> | 96. <input type="checkbox"/> | 97. <input type="checkbox"/> |
| 13) prowadzenia rozliczeniowego rachunku bankowego środków funduszu rehabilitacji | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 98. <input type="checkbox"/> | 99. <input type="checkbox"/> | 100. <input type="checkbox"/> | 101. <input type="checkbox"/> | 102. <input type="checkbox"/> | 103. <input type="checkbox"/> |
| 14) przekazywania środków funduszu rehabilitacji na rachunek bankowy środków funduszu, w terminie 7 dni od dnia ich uzyskania | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 104. <input type="checkbox"/> | 105. <input type="checkbox"/> | 106. <input type="checkbox"/> | 107. <input type="checkbox"/> | 108. <input type="checkbox"/> | 109. <input type="checkbox"/> |
| 15) prowadzenia ewidencji środków funduszu rehabilitacji | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 110. <input type="checkbox"/> | 111. <input type="checkbox"/> | 112. <input type="checkbox"/> | 113. <input type="checkbox"/> | 114. <input type="checkbox"/> | 115. <input type="checkbox"/> |
| 16) przeznaczania co najmniej 15% środków funduszu rehabilitacji na indywidualne programy rehabilitacji | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 116. <input type="checkbox"/> | 117. <input type="checkbox"/> | 118. <input type="checkbox"/> | 119. <input type="checkbox"/> | 120. <input type="checkbox"/> | 121. <input type="checkbox"/> |
| 17) przeznaczania co najmniej 10% środków funduszu rehabilitacji na pomoc indywidualną dla niepełnosprawnych pracowników i byłych niepracujących niepełnosprawnych pracowników tego zakładu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 122. <input type="checkbox"/> | 123. <input type="checkbox"/> | 124. <input type="checkbox"/> | 125. <input type="checkbox"/> | 126. <input type="checkbox"/> | 127. <input type="checkbox"/> |
| 18) wydatkowania środków funduszu rehabilitacji wyłącznie z rozliczeniowego rachunku bankowego lub z kasy funduszu w celu ich wypłaty osobom niepełnosprawnym oraz osobom uprawnionym do pomocy indywidualnej ze środków tego funduszu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 128. <input type="checkbox"/> | 129. <input type="checkbox"/> | 130. <input type="checkbox"/> | 131. <input type="checkbox"/> | 132. <input type="checkbox"/> | 133. <input type="checkbox"/> |

E. Uwagi – opis zmian¹⁰⁾

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

134. Data wypełnienia informacji¹¹⁾

____-____-____

135. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej

F. Adnotacje

Objaśnienia do formularza INF-WZ

- 1) W odpowiednich polach należy wstawić znak „X”.
- 2) Wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa. W przypadku posiadania 9-cyfrowego numeru REGON w poz. 3 należy po dziewiątej cyfrze wpisać pięć zer.
- 3) 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 kodem od 1A do 1D.
- 4) Należy podać kod szczególnej formy prawnej stosownie do § 8 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, z późn. zm.).
- 5) Forma własności jest określana na podstawie procentowego udziału własności. Jeżeli w akcie nadania REGON nie ma informacji o formie własności, to do opisu należy wykorzystać § 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. 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.
- 6) 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.
- 7) 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. Nr 157, poz. 1031, z późn. zm.). Identyfikatory terytorialne gmin dostępne są na stronie internetowej Głównego Urzędu Statystycznego.
- 8) Należy wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa. Należy wpisać klasę rodzaju działalności zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2007 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) (Dz. U. Nr 251, poz. 1885, z późn. zm.).
- 9) Należy podać także numer kierunkowy.
- 10) Należy opisać zmiany, wskazując w szczególności ich zakres i datę wystąpienia lub okres trwania. W przypadku zmian wymienionych w pkt 6–8 zgłoszeniu podlegają wyłącznie zmiany powodujące zaprzestanie spełniania warunków, o których mowa odpowiednio w art. 28 ust. 1 pkt 1 lub w art. 30 ust. 2a ustawy.
- 11) Należy podać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.