

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 <sup>1</sup> □□□□□	16. Faks <sup>1</sup> □□□□□	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 <sup>1</sup> □□□□□	24. Faks <sup>1</sup> □□□□□	25. E-mail □□□□□		

## B. Informacje o deklaracji

26. Deklaracja <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> 1. Zgłoszeniowa	<input type="checkbox"/> 2. Aktualizacja	27. Za okres	miesiąc-rok	
28. Załącznik do deklaracji <sup>2</sup>	<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 <sup>3</sup> □□□□□	
32. Nazwa rejestru □□□□□	
33. Data rejestracji □□□□□□□□□□□□□□□□	34. Numer w rejestrze

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

**E. Forma prawna działalności i forma własności<sup>4</sup>**

35. Forma prawna działalności

□ □ □ □ □

36. Forma własności

□ □ □ □ □

**F. Status zakładu pracy chronionej<sup>2</sup>***Wypełnia pracodawca prowadzący zakład pracy chronionej*

37. Podstawa uzyskania lub utraty statusu

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

38. Rodzaj decyzji

 1. Przyznająca status 2. Stwierdzająca utratę statusu

39. Data wydania decyzji

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □  
- □ □ - □ □

40. Znak decyzji

41. Data uzyskania /utraty statusu

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □  
- □ □ - □ □**G. Osoba odpowiedzialna za kontakt z PFRON**

42. Imię

□ □ □ □ □

43. Nazwisko

□ □ □ □ □

44. Telefon<sup>1</sup>

□ □ □ □ □

45. Faks<sup>1</sup>

□ □ □ □ □

46. E-mail

□ □ □ □ □

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

47. Nazwa banku

I □ □ □ □ □

II □ □ □ □ □

48. Pełny numer rachunku bankowego

□ □ □ □ □ □

□ □ □ □ □ □

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**

□ □ □ □ □

<sup>4</sup> 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).

