

Warszawa, dnia 27 października 2021 r.

Poz. 1939

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA RODZINY I POLITYKI SPOŁECZNEJ¹⁾**

z dnia 29 września 2021 r.

**w sprawie ustalenia 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. z 2021 r. poz. 573) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Określa się wzory miesięcznych deklaracji składanych przez pracodawców zobowiązanych do wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych:

- 1) wzór deklaracji miesięcznych wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, o symbolu DEK-1-0, dotyczącej wpłat należnych na podstawie art. 21 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, zwanej dalej „ustawą”, stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia;
- 2) wzór deklaracji miesięcznych wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, o symbolu DEK-1-a, dotyczącej wpłat należnych na podstawie art. 21 ust. 2a i 2g ustawy, stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia;
- 3) wzór deklaracji miesięcznych wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, o symbolu DEK-1-b, dotyczącej wpłat należnych na podstawie art. 21 ust. 2b i 2g ustawy, stanowiący załącznik nr 3 do rozporządzenia.

2. Określa się wzór deklaracji wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych – korzystanie z obniżenia wpłat, o symbolu DEK-1-u, dotyczącej korzystania z obniżenia wpłat przez pracodawców, o których mowa w art. 21 ust. 1, 2a, 2b i 2g ustawy, stanowiący załącznik nr 4 do rozporządzenia.

3. Określa się wzór deklaracji wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, o symbolu DEK-2-a, dotyczącej wpłat należnych na podstawie art. 31 ust. 3 pkt 1 lit. a lub art. 33 ust. 4a, 4a¹, 4c, 7 i 7a ustawy lub art. 38 ust. 2 pkt 1 lit. a tiret pierwsze ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1128, 1163, 1243, 1551, 1574 i 1834), zwanej dalej „ustawą o podatku dochodowym od osób fizycznych”, stanowiący załącznik nr 5 do rozporządzenia.

4. Określa się wzór deklaracji wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, o symbolu DEK-2-b, dotyczącej wpłat należnych na podstawie art. 29 ust. 3a¹, 3b, 3c lub 3g ustawy, stanowiący załącznik nr 6 do rozporządzenia.

5. Określa się wzór deklaracji wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, o symbolu DEK-2-u, dotyczącej wpłat należnych na podstawie art. 22b ustawy, stanowiący załącznik nr 7 do rozporządzenia.

6. Określa się wzór deklaracji wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, o symbolu DEK-W, dotyczącej wpłat należnych na podstawie art. 23 ustawy, stanowiący załącznik nr 8 do rozporządzenia.

¹⁾ Minister Rodziny i Polityki Społecznej kieruje działem administracji rządowej – zabezpieczenie społeczne, na podstawie § 1 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 6 października 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Rodziny i Polityki Społecznej (Dz. U. poz. 1723 oraz z 2021 r. poz. 1473).

7. Określa się wzór deklaracji rocznej wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych – rozliczenie wpłat, o symbolu DEK-R, dotyczącej rozliczenia wpłat należnych na podstawie art. 21 ust. 1, 2a, 2b i 2g, art. 22b, art. 23, art. 29 ust. 3a¹, 3b, 3c i 3g, art. 31 ust. 3 pkt 1 lit. a, art. 33 ust. 4a, 4a¹, 4c, 7 i 7a ustawy lub art. 38 ust. 2 pkt 1 lit. a tiret pierwsze ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, stanowiący załącznik nr 9 do rozporządzenia.

8. Określa się wzór deklaracji wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych – deklaracji ewidencyjnej, o symbolu DEK-Z, dotyczącej danych ewidencyjnych pracodawców zobowiązanych do wpłat na podstawie art. 21 ust. 1, 2a, 2b i 2g, art. 22b, art. 23, art. 29 ust. 3a¹, 3b, 3c i 3g, art. 31 ust. 3 pkt 1 lit. a, art. 33 ust. 4a, 4a¹, 4c, 7 i 7a ustawy lub art. 38 ust. 2 pkt 1 lit. a tiret pierwsze ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, stanowiący załącznik nr 10 do rozporządzenia.

§ 2. 1. Deklaracje, o których mowa w § 1 ust. 1–6 i 8, za okresy sprawozdawcze do stycznia 2021 r. włącznie oraz deklaracje roczne, o których mowa w § 1 ust. 7, za okresy sprawozdawcze do 2020 r. włącznie składa się według wzorów określonych w przepisach dotychczasowych.

2. Zmian w deklaracjach, o których mowa w ust. 1, dokonuje się, składając deklaracje według wzorów określonych w niniejszym rozporządzeniu.

3. W okresie czterech miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia:

- 1) deklaracje, o których mowa w § 1 ust. 1–6 i 8, za okresy sprawozdawcze począwszy od lutego 2021 r. mogą być składane według wzorów określonych w przepisach dotychczasowych;
- 2) zmian w deklaracjach, o których mowa w pkt 1 i ust. 2, można dokonywać, składając deklaracje według wzorów określonych w przepisach dotychczasowych.

4. Deklaracjom o symbolach DEK-1-0, DEK-1-a, DEK-1-b, DEK-1-u, DEK-2-a, DEK-2-b i DEK-2-u sporządzonym według wzorów określonych w § 1 odpowiadają właściwe deklaracje o symbolach DEK-I-0, DEK-I-a, DEK-I-b, DEK-I-u, DEK-II-a, DEK-II-b i DEK-II-u sporządzone według wzorów określonych w przepisach dotychczasowych.

§ 3. Traci moc rozporządzenie Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 30 grudnia 2020 r. w sprawie ustalenia wzorów deklaracji składanych Zarządowi Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przez pracodawców zobowiązanych do wpłat na ten Fundusz (Dz. U. z 2021 r. poz. 49).

§ 4. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Rodziny i Polityki Społecznej: *M. Maląg*

Załączniki do rozporządzenia Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 29 września 2021 r. (poz. 1939)

Załącznik nr 1

WZÓR

Deklaracja miesięcznych wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych



Tę deklarację wypełnia pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573), zwanej dalej „ustawą”, obowiązany do wpłaty na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) za miesiąc z poz. 2, w którym zaistniały okoliczności powodujące powstanie obowiązku wpłaty. Składa się ją¹ do PFRON² nie później niż 20. dnia miesiąca następującego po miesiącu z poz. 2. Obowiązek ten wynika z art. 49 ust. 2 ustawy.
W przypadku zmian danych ewidencyjnych lub składania deklaracji DEK-1-0 po raz pierwszy, proszę dołączyć do niej deklarację DEK-Z.

DEK-1-0

To jest deklaracja³ (1) zwykła / korygująca za okres⁴ (2) _____ wypelniona w dniu⁵ (3) _____.

Dane pracodawcy

Numer w rejestrze PFRON:⁶ (4) _____ NIP:⁷ (5) _____ REGON:⁸ (6) _____

Pracodawca:⁹ (7) _____ Ulica:⁸ (8) _____

Nr domu:⁹ (9) _____ Nr lokalu:¹⁰ (10) _____ Miejscowość:¹¹ (11) _____ Kod pocztowy:¹² (12) _____

Poczta:¹³ (13) _____ Telefon:¹⁰ (14) _____ E-mail:¹¹ (15) _____

Dane o zatrudnieniu i przeciętnym wynagrodzeniu¹²

Proszę podać stany zatrudnienia pracowników w etatach (E) i osobach (O)¹³.

Ogółem <i>osoby niepełnosprawne i osoby pełnosprawne</i>	Osoby niepełnosprawne <i>o znacznym stopniu niepełnosprawności</i>		Osoby niepełnosprawne <i>o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności</i>		Osoby niepełnosprawne <i>o lekkim stopniu niepełnosprawności</i>	Osoby niepełnosprawne <i>bez ustalonego stopnia niepełnosprawności¹⁵</i>
	ze szczególnymi schorzeniami ¹⁴	pozostałe	ze szczególnymi schorzeniami ¹⁴	pozostałe		
1	2	3	4	5	6	7
E						
O						

Wskaźnik zatrudnienia osób pozbawionych wolności:¹⁶ (16) _____.

Obliczona na podstawie tych danych liczba pracowników odpowiadająca różnicy między zatrudnieniem zapewniającym osiągnięcie wymaganego wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych a rzeczywistym zatrudnieniem osób niepełnosprawnych wyniosła:¹⁷ (17) _____.

Przeciętne wynagrodzenie ustalone dla okresu z poz. 2 było równe:¹⁸ (18) _____ zł.

Rozliczenie wpłaty¹⁹

Wpłata należna to:²⁰ (19) _____ zł.

(20) Korzystam z ulg za dostępność lub za zakupy do obniżenia tej wpłaty / Nie korzystam z żadnych ulg do obniżenia tej wpłaty²¹.

(21) Nie mam certyfikatu dostępności / Mam certyfikat dostępności²², a obniżenie wpłaty („ulga za dostępność”, DO) to:²³ (22) _____ zł.

Z przysługującego obniżenia („stara ulga za zakupy”, U0)²⁴ (23) _____ zł wykorzystuję²⁵ (24) _____ zł.

Z przysługującego obniżenia („nowa ulga za zakupy”, U1-U3)²⁶ (25) _____ zł wykorzystuję²⁷ (26) _____ zł.

Liczba dokumentów (informacji o kwocie obniżenia i certyfikatów dostępności) wykorzystanych do obniżenia wpłaty²⁸ (27) _____.

Wpłata po obniżeniu to:²⁹ (28) _____ zł.

Podstawa prawna złagodzenia obowiązku wpłaty:³⁰ (29) _____ / _____ - _____. Kwota złagodzenia wpłaty to:³¹ (30) _____ zł.

Kwota do zapłaty (po obniżeniu i złagodzeniu obowiązku wpłaty) to:³² (31) _____ zł.

Uwaga! W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. 31 lub wpłacenia jej w niepełnej wysokości deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz. U. z 2020 r. poz. 1427, z późn. zm.).

Uwagi

Oświadczenia końcowe

Oświadczam, że znam przepisy dotyczące wpłat na PFRON oraz ich obniżania. Dane zawarte w deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Imię i nazwisko osoby upoważnionej:³³ (32) _____ Podpis:³⁴ (33) _____

Objaśnienia do formularza DEK-1-0

- ¹ Deklarację DEK-1-0 składa się w formie dokumentu elektronicznego.
- ² Zarząd PFRON mieści się pod adresem: al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.
- ³ Proszę w odpowiednim polu wstawić znak „X”.
- ⁴ Proszę wpisać rok i miesiąc zaistnienia zdarzenia skutkującego powstaniem zobowiązania z tytułu wpłat, wskazanego w części *Rozliczenie wpłaty*.
- ⁵ Proszę wpisać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.
- ⁶ Proszę wpisać numer, jeżeli został nadany pracodawcy przed dniem złożenia deklaracji.
- ⁷ Proszę wpisać numer identyfikacji podatkowej, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa.
- ⁸ Proszę wpisać numer REGON, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa. W przypadku posiadania 9-cyfrowego numeru REGON w poz. 6 proszę po dziewiątej cyfrze wpisać pięć zer.
- ⁹ Proszę wpisać pełną nazwę albo imię i nazwisko pracodawcy. Poz. 7 proszę 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.
- ¹⁰ W przypadku korzystania z telefonu proszę wpisać dziewięciocyfrowy numer telefonu w poz. 14.
- ¹¹ Proszę wypełnić w przypadku korzystania z poczty elektronicznej.
- ¹² W poz. 16 i 17 wpisuje się dane z dokładnością do czterech miejsc po przecinku. Jeżeli piąta cyfra po przecinku należy do przedziału od 5 do 9, to stosuje się zaokrąglenie w górę, a gdy jest mniejsza niż 5, to pierwszą, drugą, trzecią i czwartą cyfrę po przecinku pozostawia się bez zmian.
- ¹³ W wierszach oznaczonych symbolami E i O proszę wpisać przeciętne miesięczne stany zatrudnienia pracowników: w etatach (w komórkach E1–E7) oraz w osobach (w komórkach O1–O7). W komórkach E1–O7 proszę wykazać rzeczywiste zatrudnienie pracowników w rozumieniu art. 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2020 r. poz. 1320, z późn. zm.) w okresie sprawozdawczym z poz. 2. Dane do wpisania w komórkach E1 i O1 ustala się na podstawie art. 21 ust. 1 i 5 ustawy, a dane do wpisania w komórkach E2–E7 i O2–O7 – na podstawie art. 2a oraz art. 21 ust. 1 i 5 ustawy. W komórkach E1–O7 wpisuje się dane z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku. Jeżeli trzecia cyfra po przecinku należy do przedziału od 5 do 9, to stosuje się zaokrąglenie w górę, a gdy jest mniejsza niż 5, to pierwszą i drugą cyfrę po przecinku pozostawia się bez zmian.
- ¹⁴ W komórkach E2, E4, O2 i O4 proszę wpisać stany dotyczące osób, u których stwierdzono którekolwiek ze szczególnych schorzeń wymienionych w § 1 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 18 września 1998 r. w sprawie rodzajów schorzeń uzasadniających obniżenie wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych oraz sposobu jego obniżania (Dz. U. poz. 820, z późn. zm.).
- ¹⁵ W komórkach E7 i O7 wpisuje się stany dotyczące osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (tj. osób, które nie ukończyły 16. roku życia) lub osób, których niepełnosprawność została potwierdzona orzeczeniem, o którym mowa w art. 3, art. 5, art. 5a lub art. 62 ustawy, lecz w odniesieniu do całości lub części okresu sprawozdawczego w orzeczeniu tym nie ustalono stopnia niepełnosprawności tej osoby.
- ¹⁶ Wypełnia pracodawca prowadzący przywieszenny zakład pracy. Proszę wpisać średnioroczny wskaźnik zatrudnienia osób pozbawionych wolności w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy w roku podatkowym poprzedzającym rok, na który przypada okres sprawozdawczy z poz. 2. Średnioroczny wskaźnik zatrudnienia osób pozbawionych wolności jest równy 1/12 sumy przeciętnych miesięcznych wskaźników zatrudnienia osób pozbawionych wolności. Wskaźniki te ustala się, dzieląc stan zatrudnienia osób pozbawionych wolności, uwzględniający osoby zatrudnione na podstawie skierowania do pracy, przez stan zatrudnienia ogółem, uwzględniający pracowników oraz osoby pozbawione wolności zatrudnione na podstawie skierowania do pracy. Przy ustalaniu tych wskaźników proszę również uwzględniać osoby zatrudnione na podstawie innych tytułów wymienionych w art. 121 § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. z 2021 r. poz. 53, z późn. zm.).
- ¹⁷ $Poz. 17 = E1 \times 0,06 - (3 \times E2 + 2 \times E4) - (E2 + E3 + E4 + E5 + E6 + E7)$.
- ¹⁸ Przeciętne miesięczne wynagrodzenie w gospodarce narodowej w poprzednim kwartale od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w formie komunikatu w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 291, z późn. zm.).
- ¹⁹ Kwoty z poz. 19, 28, 30 i 31 zaokrąglą się do pełnych złotych w ten sposób, że końcówki kwot wynoszące mniej niż 50 groszy pomija się, a końcówki kwot wynoszące 50 i więcej groszy podwyższa się do pełnych złotych. W poz. 22–26 wpisuje się dane z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku. Jeżeli trzecia cyfra po przecinku należy do przedziału od 5 do 9, to stosuje się zaokrąglenie w górę, a gdy jest mniejsza niż 5, to pierwszą i drugą cyfrę po przecinku pozostawia się bez zmian.
- ²⁰ $Poz. 19 = 0,4065 \times poz. 17 \times poz. 18$. $Poz. 19 = 0$ dla przywieszonych zakładów pracy, w których w poprzednim roku wskaźnik osób pozbawionych wolności wynosił co najmniej 0,5. Jeżeli wskaźnik ten wynosił co najmniej 0,2 (lecz nie osiągnął 0,3), to $poz. 19 = 0,75 \times 0,4065 \times poz. 17 \times poz. 18$, jeżeli wynosił co najmniej 0,3 (lecz nie osiągnął 0,4), to $poz. 19 = 0,5 \times 0,4065 \times poz. 17 \times poz. 18$, a jeżeli wynosił co najmniej 0,4 (lecz nie osiągnął 0,5), to $poz. 19 = 0,25 \times 0,4065 \times poz. 17 \times poz. 18$.
- ²¹ Proszę w odpowiednim polu wstawić znak „X”. Jeżeli korzystają Państwo z obniżenia wpłaty z poz. 19 na podstawie art. 21 ust. 8 lub art. 22 ustawy lub na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 30 września 1991 r. w sprawie szczegółowych zasad obniżania wpłat zakładów pracy na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. poz. 401), które utraciło moc obowiązującą z dniem 2 stycznia 1999 r., to w poz. 20 proszę zaznaczyć „Korzystam z ulg za dostępność lub za zakupy do obniżenia tej wpłaty”.
- ²² Proszę w odpowiednim polu wstawić znak „X”. Proszę zaznaczyć „Mam certyfikat dostępności”, jeżeli przez co najmniej jeden dzień okresu z poz. 2 pracodawca był podmiotem innym niż podmiot publiczny, o którym mowa w art. 3 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2020 r. poz. 1062), oraz uzyskał certyfikat, o którym mowa w art. 19 tej ustawy, a rodzaj obniżenia D0 został wpisany w poz. 18, 30, 42, 54 lub 66 DEK-1-u za okres z poz. 2, który nie jest ani wcześniejszy od okresu początkowego (odpowiednio z poz. 25, 37, 49, 61 i 73 DEK-1-u), ani późniejszy od okresu końcowego (odpowiednio z poz. 26, 38, 50, 62 i 74 DEK-1-u) dla tego obniżenia. W pozostałych przypadkach proszę zaznaczyć „Nie mam certyfikatu dostępności”.
- ²³ Kwota obniżenia, o którym mowa w art. 21 ust. 8 ustawy, wykorzystana do obniżenia wpłaty z poz. 19. Jeżeli w poz. 21 zaznaczyli Państwo „Mam certyfikat dostępności”, to $poz. 22 = 0,05 \times poz. 19$. W pozostałych przypadkach $poz. 22 = 0$.
- ²⁴ Łączna kwota obniżenia wpłat nabytego na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 30 września 1991 r. w sprawie szczegółowych zasad obniżania wpłat zakładów pracy na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. poz. 401), które utraciło moc obowiązującą z dniem 2 stycznia 1999 r. Proszę nie uwzględniać kwot obniżenia w części wykorzystanej, a w przypadku wpłat należnych za okresy począwszy od lipca 2016 r. – także w zakresie, w którym uprawnienie do obniżenia wpłat uległo przedawnieniu i nie mogłoby zostać wykazane w poz. 28, 40, 52, 64 ani 76 DEK-1-u za okres z poz. 2.
- ²⁵ Kwota z poz. 23 wykorzystana do obniżenia wpłaty z poz. 19 (suma z poz. 29, 41, 53, 65 i 77 DEK-1-u przy odpowiednio poz. 18, 30, 42, 54 lub 66 DEK-1-u równym U0). $Poz. 24 \leq poz. 23$. $Poz. 24 + poz. 26 \leq poz. 19$. Począwszy od wpłaty za styczeń 2004 r., $poz. 24 + poz. 26 \leq 0,8 \times poz. 19$. Począwszy od wpłaty za lipiec 2016 r., $poz. 24 + poz. 26 \leq 0,5 \times poz. 19$.

²⁶ Łączna kwota obniżenia wpłat, o którym mowa w art. 22 ustawy, nabytego na zasadach obowiązujących od dnia 1 stycznia 1999 r. Proszę nie uwzględniać kwot obniżenia w części wykorzystanej ani w zakresie, w którym uprawnienie do obniżenia wpłat uległo przedawnieniu i nie mogłoby zostać wykazane w poz. 28, 40, 52, 64 ani 76 DEK-1-u za okres z poz. 2.

²⁷ Kwota z poz. 25 wykorzystana do obniżenia wpłaty z poz. 19 (suma z poz. 29, 41, 53, 65 i 77 DEK-1-u przy odpowiednio poz. 18, 30, 42, 54 lub 66 DEK-1-u równym U1, U2 lub U3). Poz. 26 ≤ poz. 25. Poz. 24 + poz. 26 ≤ poz. 19. Począwszy od wpłaty za styczeń 2004 r., poz. 24 + poz. 26 ≤ 0,8 × poz. 19. Począwszy od wpłaty za lipiec 2016 r., poz. 24 + poz. 26 ≤ 0,5 × poz. 19.

²⁸ Proszę wpisać łączną liczbę informacji o obniżeniu wpłat na PFRON oraz certyfikatów dostępności uzyskanych do dnia złożenia deklaracji DEK-1-0 i wykorzystanych do obniżenia wpłaty z poz. 19. Dane o tych informacjach i certyfikatach proszę wykazać w deklaracji DEK-1-u. Jeżeli poz. 22 + poz. 24 + poz. 26 = 0, to poz. 27 = 0.

²⁹ Poz. 28 = poz. 19 – poz. 22 – poz. 24 – poz. 26. Poz. 28 ≥ 0.

³⁰ Proszę wskazać podstawę prawną zaniechania poboru, umorzenia, rozłożenia na raty lub odroczenia terminu płatności wpłat (z mocy prawa lub w drodze ostatecznej decyzji). Proszę wpisać dane w formacie: przepis (odpowiednio artykuł, paragraf, ustęp, punkt i litera) / rok – pozycja Dziennika Ustaw, w którym został opublikowany akt prawny zawierający przepis, na podstawie którego wpłata za miesiąc z poz. 2 została objęta zaniechaniem poboru, umorzeniem, rozłożeniem na raty lub odroczeniem terminu płatności wpłat.

³¹ Proszę wpisać wyłącznie kwotę wpłaty objętą zaniechaniem poboru lub umorzeniem przed dniem złożenia deklaracji. Poz. 30 ≤ poz. 28. Jeżeli pracodawca nie skorzystał z zaniechania poboru lub umorzenia wpłaty z poz. 28 przed dniem złożenia deklaracji, to poz. 30 = 0.

³² Poz. 31 = poz. 28 – poz. 30.

³³ Proszę wpisać dane osoby uprawnionej lub upoważnionej do reprezentowania pracodawcy w przypadku wypełniania deklaracji przez tę osobę, a nie osobiście przez pracodawcę.

³⁴ Podpis osoby z poz. 32, a w przypadku niewypełnienia poz. 32 – podpis pracodawcy. Po podpisaniu deklaracji podpisem elektronicznym poz. 33 jest wypełniana automatycznie imieniem i nazwiskiem osoby, która użyła tego podpisu.

WZÓR

Deklaracja miesięcznych wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych



DEK-1-a

Tę deklarację wypełnia pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 2a i 2g ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573), zwanej dalej „ustawą”, obowiązany do wpłaty na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) za miesiąc z poz. 2, w którym zaistniały okoliczności powodujące powstanie obowiązku wpłaty. Składa się ją¹ do PFRON² nie później niż 20. dnia miesiąca następującego po miesiącu z poz. 2. Obowiązek ten wynika z art. 49 ust. 2 ustawy.

W przypadku zmian danych ewidencyjnych lub składania deklaracji DEK-1-a po raz pierwszy, proszę dołączyć do niej deklarację DEK-Z.

To jest deklaracja³ zwykła / korygująca za okres⁴ (2) _____ - _____ - _____ wypełniona w dniu⁵ (3) _____ - _____ - _____.

Dane pracodawcy

Numer w rejestrze PFRON:⁶ (4) _____ NIP:⁷ (5) _____ REGON:⁸ (6) _____

Pracodawca:⁹ (7) _____ Ulica:⁽⁸⁾ _____

Nr domu:⁽⁹⁾ _____ Nr lokalu:⁽¹⁰⁾ _____ Miejscowość:⁽¹¹⁾ _____ Kod pocztowy:⁽¹²⁾ _____ - _____

Poczta:⁽¹³⁾ _____ Telefon:⁽¹⁴⁾ _____ E-mail:⁽¹⁵⁾ _____

Dane o zatrudnieniu i przeciętnym wynagrodzeniu¹²

Proszę podać stany zatrudnienia pracowników w etatach (E) i osobach (O)¹³.

Ogółem <i>osoby niepełnosprawne i osoby pełnosprawne</i>	Osoby niepełnosprawne <i>o znacznym stopniu niepełnosprawności</i>		Osoby niepełnosprawne <i>o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności</i>		Osoby niepełnosprawne <i>o lekkim stopniu niepełnosprawności</i>	Osoby niepełnosprawne <i>bez ustalonego stopnia niepełnosprawności¹⁵</i>
	ze szczególnymi schorzeniami ¹⁴	pozostałe	ze szczególnymi schorzeniami ¹⁴	pozostałe		
1	2	3	4	5	6	7
E						
O						

Wskaźnik zatrudnienia osób pozbawionych wolności:¹⁶ (16) _____.

Obliczona na podstawie tych danych liczba pracowników odpowiadająca różnicy między zatrudnieniem zapewniającym osiągnięcie wymaganego wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych a rzeczywistym zatrudnieniem osób niepełnosprawnych wyniosła:¹⁷ (17) _____.

Przeciętne wynagrodzenie ustalone dla okresu z poz. 2 było równe:¹⁸ (18) _____ zł.

Rozliczenie wpłaty¹⁹

Wpłata należna to:²⁰ (19) _____ zł.

(20) Korzystam z ulg za dostępność lub za zakupy do obniżenia tej wpłaty / Nie korzystam z żadnych ulg do obniżenia tej wpłaty²¹.

(21) Nie mam certyfikatu dostępności / Mam certyfikat dostępności²², a obniżenie wpłaty („ulga za dostępność”, DO) to:²³ (22) _____ zł.

Z przysługującego obniżenia („stara ulga za zakupy”, U0)²⁴ (23) _____ zł wykorzystuję²⁵ (24) _____ zł.

Z przysługującego obniżenia („nowa ulga za zakupy”, U1-U3)²⁶ (25) _____ zł wykorzystuję²⁷ (26) _____ zł.

Liczba dokumentów (informacji o kwocie obniżenia i certyfikatów dostępności) wykorzystanych do obniżenia wpłaty²⁸ (27) _____.

Wpłata po obniżeniu to:²⁹ (28) _____ zł.

Podstawa prawna złagodzenia obowiązku wpłaty:³⁰ (29) _____ / _____ - _____. Kwota złagodzenia wpłaty to:³¹ (30) _____ zł.

Kwota do zapłaty (po obniżeniu i złagodzeniu obowiązku wpłaty) to:³² (31) _____ zł.

Uwaga! W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. 31 lub wpłacenia jej w niepełnej wysokości deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz. U. z 2020 r. poz. 1427, z późn. zm.).

Uwagi

Oświadczenia końcowe

Oświadczam, że znam przepisy dotyczące wpłat na PFRON oraz ich obniżenia. Dane zawarte w deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Imię i nazwisko osoby upoważnionej:³³ (32) _____ Podpis:³⁴ (33) _____

Objaśnienia do formularza DEK-1-a

- ¹ Deklarację DEK-1-a składa się w formie dokumentu elektronicznego.
- ² Zarząd PFRON mieści się pod adresem: al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.
- ³ Proszę w odpowiednim polu wstawić znak „X”.
- ⁴ Proszę wpisać rok i miesiąc zaistnienia zdarzenia skutkującego powstaniem zobowiązania z tytułu wpłat, wskazanego w części *Rozliczenie wpłaty*.
- ⁵ Proszę wpisać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.
- ⁶ Proszę wpisać numer, jeżeli został nadany pracodawcy przed dniem złożenia deklaracji.
- ⁷ Proszę wpisać numer identyfikacji podatkowej, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa.
- ⁸ Proszę wpisać numer REGON, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa. W przypadku posiadania 9-cyfrowego numeru REGON w poz. 6 proszę po dziewiątej cyfrze wpisać pięć zer.
- ⁹ Proszę wpisać pełną nazwę albo imię i nazwisko pracodawcy. Poz. 7 proszę 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.
- ¹⁰ W przypadku korzystania z telefonu proszę wpisać dziewięciocyfrowy numer telefonu w poz. 14.
- ¹¹ Proszę wypełnić w przypadku korzystania z poczty elektronicznej.
- ¹² W poz. 16 i 17 wpisuje się dane z dokładnością do czterech miejsc po przecinku. Jeżeli piąta cyfra po przecinku należy do przedziału od 5 do 9, to stosuje się zaokrąglenie w górę, a gdy jest mniejsza niż 5, to pierwszą, drugą, trzecią i czwartą cyfrę po przecinku pozostawia się bez zmian.
- ¹³ W wierszach oznaczonych symbolami E i O proszę wpisać przeciętne miesięczne stany zatrudnienia pracowników: w etatach (w komórkach E1–E7) oraz w osobach (w komórkach O1–O7). W komórkach E1–O7 proszę wykazać rzeczywiste zatrudnienie pracowników w rozumieniu art. 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2020 r. poz. 1320, z późn. zm.) w okresie sprawozdawczym z poz. 2. Dane do wpisania w komórkach E1 i O1 ustala się na podstawie art. 21 ust. 1 i 5 ustawy, a dane do wpisania w komórkach E2–E7 i O2–O7 – na podstawie art. 2a oraz art. 21 ust. 1 i 5 ustawy. W komórkach E1–O7 wpisuje się dane z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku. Jeżeli trzecia cyfra po przecinku należy do przedziału od 5 do 9, to stosuje się zaokrąglenie w górę, a gdy jest mniejsza niż 5, to pierwszą i drugą cyfrę po przecinku pozostawia się bez zmian.
- ¹⁴ W komórkach E2, E4, O2 i O4 proszę wpisać stany dotyczące osób, u których stwierdzono którekolwiek ze szczególnych schorzeń wymienionych w § 1 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 18 września 1998 r. w sprawie rodzajów schorzeń uzasadniających obniżenie wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych oraz sposobu jego obniżania (Dz. U. poz. 820, z późn. zm.).
- ¹⁵ W komórkach E7 i O7 wpisuje się stany dotyczące osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (tj. osób, które nie ukończyły 16. roku życia) lub osób, których niepełnosprawność została potwierdzona orzeczeniem, o którym mowa w art. 3, art. 5, art. 5a lub art. 62 ustawy, lecz w odniesieniu do całości lub części okresu sprawozdawczego w orzeczeniu tym nie ustalono stopnia niepełnosprawności tej osoby.
- ¹⁶ Wypełnia pracodawca prowadzący przywieszenny zakład pracy. Proszę wpisać średnioroczny wskaźnik zatrudnienia osób pozbawionych wolności w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy w roku podatkowym poprzedzającym rok, na który przypada okres sprawozdawczy z poz. 2. Średnioroczny wskaźnik zatrudnienia osób pozbawionych wolności jest równy 1/12 sumy przeciętnych miesięcznych wskaźników zatrudnienia osób pozbawionych wolności. Wskaźniki te ustala się, dzieląc stan zatrudnienia osób pozbawionych wolności, uwzględniający osoby zatrudnione na podstawie skierowania do pracy, przez stan zatrudnienia ogółem, uwzględniający pracowników oraz osoby pozbawione wolności zatrudnione na podstawie skierowania do pracy. Przy ustalaniu tych wskaźników proszę również uwzględnić osoby zatrudnione na podstawie innych tytułów wymienionych w art. 121 § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. z 2021 r. poz. 53, z późn. zm.).
- ¹⁷ $\text{Poz. 17} = E1 \times 0,06 - (3 \times E2 + 2 \times E4) - (E2 + E3 + E4 + E5 + E6 + E7)$.
- ¹⁸ Przeciętne miesięczne wynagrodzenie w gospodarce narodowej w poprzednim kwartale od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w formie komunikatu w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 291, z późn. zm.).
- ¹⁹ Kwoty wpisywane w poz. 19, 28, 30 i 31 zaokrąglą się do pełnych złotych w ten sposób, że końcówki kwot wynoszące mniej niż 50 groszy pomija się, a końcówki kwot wynoszące 50 i więcej groszy podwyższa się do pełnych złotych. W poz. 22–26 wpisuje się dane z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku. Jeżeli trzecia cyfra po przecinku należy do przedziału od 5 do 9, to stosuje się zaokrąglenie w górę, a gdy jest mniejsza niż 5, to pierwszą i drugą cyfrę po przecinku pozostawia się bez zmian.
- ²⁰ $\text{Poz. 19} = 0,4065 \times \text{poz. 17} \times \text{poz. 18}$. $\text{Poz. 19} = 0$ dla przywieszennych zakładów pracy, w których w poprzednim roku wskaźnik osób pozbawionych wolności wynosił co najmniej 0,5. Jeżeli wskaźnik ten wynosił co najmniej 0,2 (lecz nie osiągnął 0,3), to $\text{poz. 19} = 0,75 \times 0,4065 \times \text{poz. 17} \times \text{poz. 18}$, jeżeli wynosił co najmniej 0,3 (lecz nie osiągnął 0,4), to $\text{poz. 19} = 0,5 \times 0,4065 \times \text{poz. 17} \times \text{poz. 18}$, a jeżeli wynosił co najmniej 0,4 (lecz nie osiągnął 0,5), to $\text{poz. 19} = 0,25 \times 0,4065 \times \text{poz. 17} \times \text{poz. 18}$.
- ²¹ Proszę w odpowiednim polu wstawić znak „X”. Jeżeli korzystają Państwo z obniżenia wpłaty z poz. 19 na podstawie art. 21 ust. 8 lub art. 22 ustawy lub na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 30 września 1991 r. w sprawie szczegółowych zasad obniżania wpłat zakładów pracy na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. poz. 401), które utraciło moc obowiązującą z dniem 2 stycznia 1999 r., to w poz. 20 proszę zaznaczyć „Korzystam z ulg za dostępność lub za zakupy do obniżenia tej wpłaty”.
- ²² Proszę w odpowiednim polu wstawić znak „X”. Proszę zaznaczyć „Mam certyfikat dostępności”, jeżeli przez co najmniej jeden dzień okresu z poz. 2 pracodawca był podmiotem innym niż podmiot publiczny, o którym mowa w art. 3 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2020 r. poz. 1062), oraz uzyskał certyfikat, o którym mowa w art. 19 tej ustawy, a rodzaj obniżenia D0 został wpisany w poz. 18, 30, 42, 54 lub 66 DEK-1-u za okres z poz. 2, który nie jest ani wcześniejszy od okresu początkowego (odpowiednio z poz. 25, 37, 49, 61 i 73 DEK-1-u), ani późniejszy od okresu końcowego (odpowiednio z poz. 26, 38, 50, 62 i 74 DEK-1-u) dla tego obniżenia. W pozostałych przypadkach proszę zaznaczyć „Nie mam certyfikatu dostępności”.
- ²³ Kwota obniżenia, o którym mowa w art. 21 ust. 8 ustawy, wykorzystana do obniżenia wpłaty z poz. 19. Jeżeli w poz. 21 zaznaczyli Państwo „Mam certyfikat dostępności”, to $\text{poz. 22} = 0,05 \times \text{poz. 19}$. W pozostałych przypadkach $\text{poz. 22} = 0$.
- ²⁴ Łączna kwota obniżenia wpłat nabytego na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 30 września 1991 r. w sprawie szczegółowych zasad obniżania wpłat zakładów pracy na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. poz. 401), które utraciło moc obowiązującą z dniem 2 stycznia 1999 r. Proszę nie uwzględniać kwot obniżenia w części wykorzystanej, a w przypadku wpłat należnych za okresy poczynszy od lipca 2016 r. – także w zakresie, w którym uprawnienie do obniżenia wpłat uległo przedawnieniu i nie mogłoby zostać wykazane w poz. 28, 40, 52, 64 ani 76 DEK-1-u za okres z poz. 2.
- ²⁵ Kwota z poz. 23 wykorzystana do obniżenia wpłaty z poz. 19 (suma z poz. 29, 41, 53, 65 i 77 DEK-1-u przy odpowiednio poz. 18, 30, 42, 54 lub 66 DEK-1-u równym U0). $\text{Poz. 24} \leq \text{poz. 23}$. $\text{Poz. 24} + \text{poz. 26} \leq \text{poz. 19}$. Poczynszy od wpłaty za styczeń 2004 r., $\text{poz. 24} + \text{poz. 26} \leq 0,8 \times \text{poz. 19}$. Poczynszy od wpłaty za lipiec 2016 r., $\text{poz. 24} + \text{poz. 26} \leq 0,5 \times \text{poz. 19}$.

²⁶ Łączna kwota obniżenia wpłat, o którym mowa w art. 22 ustawy, nabytego na zasadach obowiązujących od dnia 1 stycznia 1999 r. Proszę nie uwzględniać kwot obniżenia w części wykorzystanej ani w zakresie, w którym uprawnienie do obniżenia wpłat uległo przedawnieniu i nie mogłoby zostać wykazane w poz. 28, 40, 52, 64 ani 76 DEK-1-u za okres z poz. 2.

²⁷ Kwota z poz. 25 wykorzystana do obniżenia wpłaty z poz. 19 (suma z poz. 29, 41, 53, 65 i 77 DEK-1-u przy odpowiednio poz. 18, 30, 42, 54 lub 66 DEK-1-u równym U1, U2 lub U3). Poz. 26 ≤ poz. 25. Poz. 24 + poz. 26 ≤ poz. 19. Począwszy od wpłaty za styczeń 2004 r., poz. 24 + poz. 26 ≤ 0,8 × poz. 19. Począwszy od wpłaty za lipiec 2016 r., poz. 24 + poz. 26 ≤ 0,5 × poz. 19.

²⁸ Proszę wpisać łączną liczbę informacji o obniżeniu wpłat na PFRON oraz certyfikatów dostępności uzyskanych do dnia złożenia deklaracji DEK-1-a i wykorzystanych do obniżenia wpłaty z poz. 19. Dane o tych informacjach i certyfikatach proszę wykazać w deklaracji DEK-1-u. Jeżeli poz. 22 + poz. 24 + poz. 26 = 0, to poz. 27 = 0.

²⁹ Poz. 28 = poz. 19 – poz. 22 – poz. 24 – poz. 26. Poz. 28 ≥ 0.

³⁰ Proszę wskazać podstawę prawną zaniechania poboru, umorzenia, rozłożenia na raty lub odroczenia terminu płatności wpłat (z mocy prawa lub w drodze ostatecznej decyzji). Proszę wpisać dane w formacie: przepis (odpowiednio artykuł, paragraf, ustęp, punkt i litera) / rok – pozycja Dziennika Ustaw, w którym został opublikowany akt prawny zawierający przepis, na podstawie którego wpłata za miesiąc z poz. 2 została objęta zaniechaniem poboru, umorzeniem, rozłożeniem na raty lub odroczeniem terminu płatności wpłat.

³¹ Proszę wpisać wyłącznie kwotę wpłaty objętą zaniechaniem poboru lub umorzeniem przed dniem złożenia deklaracji. Poz. 30 ≤ poz. 28. Jeżeli pracodawca nie skorzystał z zaniechania poboru lub umorzenia wpłaty z poz. 28 przed dniem złożenia deklaracji, to poz. 30 = 0.

³² Poz. 31 = poz. 28 – poz. 30.

³³ Proszę wpisać dane osoby uprawnionej lub upoważnionej do reprezentowania pracodawcy w przypadku wypełniania deklaracji przez tę osobę, a nie osobiście przez pracodawcę.

³⁴ Podpis osoby z poz. 32, a w przypadku niewypełnienia poz. 32 – podpis pracodawcy. Po podpisaniu deklaracji podpisem elektronicznym poz. 33 jest wypełniana automatycznie imieniem i nazwiskiem osoby, która użyła tego podpisu.

WZÓR



Deklaracja miesięcznych wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Tę deklarację wypełnia pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 2b i 2g ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573), zwanej dalej „ustawą”, obowiązany do wpłaty na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) za miesiąc z poz. 2, w którym zaistniały okoliczności powodujące powstanie obowiązku wpłaty.¹ Składa się ją² do PFRON³ nie później niż 20. dnia miesiąca następującego po miesiącu z poz. 2. Obowiązek ten wynika z art. 49 ust. 2 ustawy.

W przypadku zmian danych ewidencyjnych lub składania deklaracji DEK-1-b po raz pierwszy, proszę dołączyć do niej deklarację DEK-Z.

DEK-1-b

To jest deklaracja⁴ zwykła / korygująca za okres⁵ _____ - _____ - _____ wypełniona w dniu⁶ _____ - _____ - _____.

Dane pracodawcy

Numer w rejestrze PFRON:⁷ _____ NIP:⁸ _____ REGON:⁹ _____

Pracodawca:¹⁰ _____ Ulica:⁽⁸⁾ _____

Nr domu:⁽⁹⁾ _____ Nr lokalu:⁽¹⁰⁾ _____ Miejscowość:⁽¹¹⁾ _____ Kod pocztowy:⁽¹²⁾ _____

Poczta:⁽¹³⁾ _____ Telefon:⁽¹⁴⁾ _____ E-mail:⁽¹⁵⁾ _____

Dane o zatrudnieniu, kształceniu i przeciętnym wynagrodzeniu¹³

Proszę podać stany zatrudnienia pracowników w etatach (E) i osobach (O)¹⁴ oraz liczbę dzieci, wychowanków, uczniów, studentów i słuchaczy (K).¹⁵

Ogółem <i>osoby niepełnosprawne i osoby pełnosprawne</i>	Osoby niepełnosprawne <i>o znacznym stopniu niepełnosprawności</i>		Osoby niepełnosprawne <i>o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności</i>		Osoby niepełnosprawne <i>o lekkim stopniu niepełnosprawności</i>	Osoby niepełnosprawne <i>bez ustalonego stopnia niepełnosprawności¹⁷</i>
	<i>ze szczególnymi schorzeniami¹⁶</i>	<i>pozostałe</i>	<i>ze szczególnymi schorzeniami¹⁶</i>	<i>pozostałe</i>		
1	2	3	4	5	6	7
E						
O						
K						

Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych wynosi:¹⁸ _____, wskaźnik niepełnosprawnych dzieci, wychowanków, uczniów, studentów lub słuchaczy to:¹⁹ _____, a wskaźnik zatrudnienia osób pozbawionych wolności to:²⁰ _____.

Obliczona na podstawie tych danych liczba pracowników odpowiadająca różnicy między zatrudnieniem zapewniającym osiągnięcie wymaganego wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych a rzeczywistym zatrudnieniem osób niepełnosprawnych wynosi:²¹ _____.

Przeciętne wynagrodzenie ustalone dla okresu z poz. 2 było równe:²² _____ zł.

Rozliczenie wpłaty²³

Wpłata należna to:²⁴ _____ zł.

Korzystam z ulg za dostępność lub za zakupy do obniżenia tej wpłaty / Nie korzystam z żadnych ulg do obniżenia tej wpłaty²⁵.

Nie mam certyfikatu dostępności / Mam certyfikat dostępności²⁶, a obniżenie wpłaty („ulga za dostępność”, DO) to:²⁷ _____ zł.

Z przysługującego obniżenia („stara ulga za zakupy”, U0)²⁸ _____ zł wykorzystuję²⁹ _____ zł.

Z przysługującego obniżenia („nowa ulga za zakupy”, U1-U3)³⁰ _____ zł wykorzystuję³¹ _____ zł.

Liczba dokumentów (informacji o kwocie obniżenia i certyfikatów dostępności) wykorzystanych do obniżenia wpłaty³² _____

Wpłata po obniżeniu to:³³ _____ zł.

Podstawa prawna złagodzenia obowiązku wpłaty:³⁴ _____ / _____ - _____. Kwota złagodzenia wpłaty to:³⁵ _____ zł.

Kwota do zapłaty (po obniżeniu i złagodzeniu obowiązku wpłaty) to:³⁶ _____ zł.

Uwaga! W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. 33 lub wpłacenia jej w niepełnej wysokości deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz. U. z 2020 r. poz. 1427, z późn. zm.).

Uwagi

Oświadczenia końcowe

Oświadczam, że znam przepisy dotyczące wpłat na PFRON oraz ich obniżania. Dane zawarte w deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Imię i nazwisko osoby upoważnionej:³⁷ _____ Podpis:³⁸ _____

Objaśnienia do formularza DEK-1-b

¹ Deklarację DEK-1-b składają także pracodawcy będący zespołami szkół lub placówek, jeżeli zespoły te składają się wyłącznie z jednostek, o których mowa w art. 21 ust. 2b ustawy (jednostki niebędące odrębnymi pracodawcami), a także pracodawcy będący podmiotami prowadzącymi wyłącznie jednostki, o których mowa w art. 21 ust. 2b ustawy (jednostki niebędące odrębnymi pracodawcami).

² Deklarację DEK-1-b składa się w formie dokumentu elektronicznego.

³ Zarząd PFRON mieści się pod adresem: al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.

⁴ Proszę w odpowiednim polu wstawić znak „X”.

⁵ Proszę wpisać rok i miesiąc zaistnienia zdarzenia skutkującego powstaniem zobowiązania z tytułu wpłat, wskazanego w części *Rozliczenie wpłaty*.

⁶ Proszę wpisać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.

⁷ Proszę wpisać numer, jeżeli został nadany pracodawcy przed dniem złożenia deklaracji.

⁸ Proszę wpisać numer identyfikacji podatkowej, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa.

⁹ Proszę wpisać numer REGON, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa. W przypadku posiadania 9-cyfrowego numeru REGON w poz. 6 proszę po dziewiątej cyfrze wpisać pięć zer.

¹⁰ Proszę wpisać pełną nazwę albo imię i nazwisko pracodawcy. Poz. 7 proszę 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.

¹¹ W przypadku korzystania z telefonu proszę wpisać dziewięciocyfrowy numer telefonu w poz. 14.

¹² Proszę wypełnić w przypadku korzystania z poczty elektronicznej.

¹³ W poz. 16–19 wpisuje się dane z dokładnością do czterech miejsc po przecinku. Jeżeli piąta cyfra po przecinku należy do przedziału od 5 do 9, to stosuje się zaokrąglenie w górę, a gdy jest mniejsza niż 5, to pierwszą, drugą, trzecią i czwartą cyfrę po przecinku pozostawia się bez zmian.

¹⁴ W wierszach oznaczonych symbolami E i O proszę wpisać przeciętne miesięczne stany zatrudnienia pracowników: w etatach (w komórkach E1–E7) oraz w osobach (w komórkach O1–O7). W komórkach E1–O7 proszę wykazać rzeczywiste zatrudnienie pracowników w rozumieniu art. 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2020 r. poz. 1320, z późn. zm.) w okresie sprawozdawczym z poz. 2. Dane do wpisania w komórkach E1 i O1 ustala się na podstawie art. 21 ust. 1 i 5 ustawy, a dane do wpisania w komórkach E2–E7 i O2–O7 – na podstawie art. 2a oraz art. 21 ust. 1 i 5 ustawy. W komórkach E1–O7 wpisuje się dane z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku. Jeżeli trzecia cyfra po przecinku należy do przedziału od 5 do 9, to stosuje się zaokrąglenie w górę, a gdy jest mniejsza niż 5, to pierwszą i drugą cyfrę po przecinku pozostawia się bez zmian.

¹⁵ W wierszu oznaczonym symbolem K (w komórkach K1–K7) proszę wpisać przeciętną miesięczną liczbę dzieci, wychowanków, uczniów, studentów i słuchaczy. W komórce K1 proszę wpisać liczbę dzieci, wychowanków, uczniów, studentów i słuchaczy wykazaną po raz ostatni w roku poprzedzającym rok z poz. 2 na podstawie przepisów o systemie informacji oświatowej lub w sprawozdaniu na podstawie przepisów w sprawie określenia wzorów formularzy sprawozdawczych, objaśnić co do sposobu ich wypełniania oraz wzorów kwestionariuszy i ankiet statystycznych stosowanych w badaniach statystycznych ustalonych w programie badań statystycznych statystyki publicznej. Jeżeli w roku poprzedzającym rok z poz. 2 składający nie miał obowiązku wykazywania tej liczby lub liczba ta była równa 0, to w komórce K1 proszę wpisać 0,01. W komórkach K2–K7 proszę wpisać liczbę dzieci, wychowanków, uczniów, studentów i słuchaczy (będących osobami niepełnosprawnymi) w okresie sprawozdawczym z poz. 2. W komórkach K1–K7 wpisuje się dane z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku. Jeżeli trzecia cyfra po przecinku należy do przedziału od 5 do 9, to stosuje się zaokrąglenie w górę, a gdy jest mniejsza niż 5, to pierwszą i drugą cyfrę po przecinku pozostawia się bez zmian.

¹⁶ W komórkach E2, E4, O2, O4, K2 i K4 proszę wpisać stany dotyczące osób, u których stwierdzono którekolwiek ze szczególnych schorzeń wymienionych w § 1 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 18 września 1998 r. w sprawie rodzajów schorzeń uzasadniających obniżenie wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych oraz sposobu jego obniżania (Dz. U. poz. 820, z późn. zm.).

¹⁷ W komórkach E7, O7 i K7 wpisuje się stany dotyczące osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (tj. osób, które nie ukończyły 16. roku życia) lub osób, których niepełnosprawność została potwierdzona orzeczeniem, o którym mowa w art. 3, art. 5, art. 5a lub art. 62 ustawy, lecz w odniesieniu do całości lub części okresu sprawozdawczego w orzeczeniu tym nie ustalono stopnia niepełnosprawności tej osoby.

¹⁸ $Poz. 16 = ((3 \times E2 + 2 \times E4) + (E2 + E3 + E4 + E5 + E6 + E7)) / E1$. $Poz. 16 + 17 \leq 1$. Jeżeli w poz. 1 zaznaczyli Państwo „korygująca” i $E1 = 0$, to $Poz. 16 = 0$. Proszę nie składać deklaracji DEK-1-0, DEK-1-a ani DEK-1-b w pozostałych przypadkach, gdy $Poz. E1 = 0$.

¹⁹ $Poz. 17 = ((3 \times K2 + 2 \times K4) + 2 \times (K2 + K3 + K4 + K5 + K6 + K7)) / K1$. $Poz. 16 + 17 \leq 1$. Jeżeli $K1 = 0$, to $Poz. 17 = 0$.

²⁰ Wypełnia pracodawca prowadzący przywiązany zakład pracy. Proszę wpisać średnioroczny wskaźnik zatrudnienia osób pozbawionych wolności w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy w roku podatkowym poprzedzającym rok, na który przypada okres sprawozdawczy z poz. 2. Średnioroczny wskaźnik zatrudnienia osób pozbawionych wolności jest równy 1/12 sumy przeciętnych miesięcznych wskaźników zatrudnienia osób pozbawionych wolności. Wskaźniki te ustala się, dzieląc stan zatrudnienia osób pozbawionych wolności, uwzględniający osoby zatrudnione na podstawie skierowania do pracy, przez stan zatrudnienia ogółem, uwzględniający pracowników ogółem oraz osoby pozbawione wolności zatrudnione na podstawie skierowania do pracy. Przy ustalaniu tych wskaźników proszę również uwzględnić osoby zatrudnione na podstawie innych tytułów wymienionych w art. 121 § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. z 2021 r. poz. 53, z późn. zm.).

²¹ $Poz. 19 = E1 \times (Wu - Poz. 16 - Poz. 17)$. $Wu = 0,01$ w latach 2001–2004, $Wu = 0,02$ w roku 2005 oraz w latach następnych.

²² Przeciętne miesięczne wynagrodzenie w gospodarce narodowej w poprzednim kwartale od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w formie komunikatu w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 291, z późn. zm.).

²³ Kwoty z poz. 21, 30, 32 i 33 zaokrąglą się do pełnych złotych w ten sposób, że końcówki kwot wynoszące mniej niż 50 groszy pomijają się, a końcówki kwot wynoszące 50 i więcej groszy podwyższą się do pełnych złotych. W poz. 24–28 wpisuje się dane z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku. Jeżeli trzecia cyfra po przecinku należy do przedziału od 5 do 9, to stosuje się zaokrąglenie w górę, a gdy jest mniejsza niż 5, to pierwszą i drugą cyfrę po przecinku pozostawia się bez zmian.

²⁴ $Poz. 21 = 0,4065 \times Poz. 20 \times Poz. 19$. $Poz. 21 = 0$ dla przywiązanych zakładów pracy, w których w poprzednim roku wskaźnik osób pozbawionych wolności wynosił co najmniej 0,5. Jeżeli wskaźnik ten wynosił co najmniej 0,2 (lecz nie osiągnął 0,3), to $Poz. 21 = 0,75 \times 0,4065 \times Poz. 20 \times Poz. 19$, jeżeli wynosił co najmniej 0,3 (lecz nie osiągnął 0,4), to $Poz. 21 = 0,5 \times 0,4065 \times Poz. 20 \times Poz. 19$, a jeżeli wynosił co najmniej 0,4 (lecz nie osiągnął 0,5), to $Poz. 21 = 0,25 \times 0,4065 \times Poz. 20 \times Poz. 19$.

²⁵ Proszę w odpowiednim polu wstawić znak „X”. Jeżeli korzystają Państwo z obniżenia wpłaty z poz. 21 na podstawie art. 21 ust. 8 lub art. 22 ustawy lub na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 30 września 1991 r. w sprawie szczegółowych zasad obniżania wpłat zakładów pracy na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. poz. 401), które utraciło moc obowiązującą z dniem 2 stycznia 1999 r., to w poz. 22 proszę zaznaczyć „Korzystam z ulg za dostępność lub za zakupy do obniżenia tej wpłaty”.

²⁶ Proszę w odpowiednim polu wstawić znak „X”. Proszę zaznaczyć „Mam certyfikat dostępności”, jeżeli przez co najmniej jeden dzień okresu z poz. 2 pracodawca był podmiotem innym niż podmiot publiczny, o którym mowa w art. 3 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom

ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2020 r. poz. 1062), oraz uzyskał certyfikat, o którym mowa w art. 19 tej ustawy, a rodzaj obniżenia D0 został wpisany w poz. 18, 30, 42, 54 lub 66 Dek-1-u za okres z poz. 2, który nie jest ani wcześniejszy od okresu początkowego (odpowiednio z poz. 25, 37, 49, 61 i 73 DEK-1-u), ani późniejszy od okresu końcowego (odpowiednio z poz. 26, 38, 50, 62 i 74 DEK-1-u) dla tego obniżenia. W pozostałych przypadkach proszę zaznaczyć „Nie mam certyfikatu dostępności”.

²⁷ Kwota obniżenia, o którym mowa w art. 21 ust. 8 ustawy, wykorzystana do obniżenia wpłaty z poz. 21. Jeżeli w poz. 23 zaznaczyli Państwo „Mam certyfikat dostępności”, to poz. 24 = $0,05 \times$ poz. 21. W pozostałych przypadkach poz. 24 = 0.

²⁸ Łączna kwota obniżenia wpłat nabytego na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 30 września 1991 r. w sprawie szczegółowych zasad obniżania wpłat zakładów pracy na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. poz. 401), które utraciło moc obowiązującą z dniem 2 stycznia 1999 r. Proszę nie uwzględniać kwot obniżenia w części wykorzystanej, a w przypadku wpłat należnych za okresy począwszy od lipca 2016 r. – także w zakresie, w którym uprawnienie do obniżenia wpłat uległo przedawnieniu i nie mogłoby zostać wykazane w poz. 28, 40, 52, 64 ani 76 DEK-1-u za okres z poz. 2.

²⁹ Kwota z poz. 25 wykorzystana do obniżenia wpłaty z poz. 21 (suma z poz. 29, 41, 53, 65 i 77 DEK-1-u przy odpowiednio poz. 18, 30, 42, 54 lub 66 DEK-1-u równym U0.). Poz. 26 \leq poz. 25. Poz. 26 + poz. 28 \leq poz. 21. Począwszy od wpłaty za styczeń 2004 r., poz. 26 + poz. 28 \leq $0,8 \times$ poz. 21. Począwszy od wpłaty za lipiec 2016 r., poz. 26 + poz. 28 \leq $0,5 \times$ poz. 21.

³⁰ Łączna kwota obniżenia wpłat, o którym mowa w art. 22 ustawy, nabytego na zasadach obowiązujących od dnia 1 stycznia 1999 r. Proszę nie uwzględniać kwot obniżenia w części wykorzystanej ani w zakresie, w którym uprawnienie do obniżenia wpłat uległo przedawnieniu i nie mogłoby zostać wykazane w poz. 28, 40, 52, 64 ani 76 DEK-1-u za okres z poz. 2.

³¹ Kwota z poz. 27 wykorzystana do obniżenia wpłaty z poz. 21 (suma z poz. 29, 41, 53, 65 i 77 DEK-1-u przy odpowiednio poz. 18, 30, 42, 54 lub 66 DEK-1-u równym U1, U2 lub U3). Poz. 28 \leq poz. 27. Poz. 26 + poz. 28 \leq poz. 21. Począwszy od wpłaty za styczeń 2004 r., poz. 26 + poz. 28 \leq $0,8 \times$ poz. 21. Począwszy od wpłaty za lipiec 2016 r., poz. 26 + poz. 28 \leq $0,5 \times$ poz. 21.

³² Proszę wpisać łączną liczbę informacji o obniżeniu wpłat na PFRON oraz certyfikatów dostępności uzyskanych do dnia złożenia deklaracji DEK-1-b i wykorzystanych do obniżenia wpłaty z poz. 21. Dane o tych informacjach i certyfikatach proszę wykazać w deklaracji DEK-1-u. Jeżeli poz. 24 + poz. 26 + poz. 28 = 0, to poz. 29 = 0.

³³ Poz. 30 = poz. 21 – poz. 24 – poz. 26 – poz. 28. Poz. 30 \geq 0.

³⁴ Proszę wskazać podstawę prawną zaniechania poboru, umorzenia, rozłożenia na raty lub odroczenia terminu płatności wpłat (z mocy prawa lub w drodze ostatecznej decyzji). Proszę wpisać dane w formacie: przepis (odpowiednio artykuł, paragraf, ustęp, punkt i litera) / rok – pozycja Dziennika Ustaw, w którym został opublikowany akt prawny zawierający przepis, na podstawie którego wpłata za miesiąc z poz. 2 została objęta zaniechaniem poboru, umorzeniem, rozłożeniem na raty lub odroczeniem terminu płatności wpłat.

³⁵ Proszę wpisać wyłącznie kwotę wpłaty objętą zaniechaniem poboru lub umorzeniem przed dniem złożenia deklaracji. Poz. 32 \leq poz. 30. Jeżeli pracodawca nie skorzystał z zaniechania poboru lub umorzenia wpłaty z poz. 30 przed dniem złożenia deklaracji, to poz. 32 = 0.

³⁶ Poz. 33 = poz. 30 – poz. 32.

³⁷ Proszę wpisać dane osoby uprawnionej lub upoważnionej do reprezentowania pracodawcy w przypadku wypełniania deklaracji przez tę osobę, a nie osobiście przez pracodawcę.

³⁸ Podpis osoby z poz. 34, a w przypadku niewypełnienia poz. 34 – podpis pracodawcy. Po podpisaniu deklaracji podpisem elektronicznym poz. 35 jest wypełniana automatycznie imieniem i nazwiskiem osoby, która użyła tego podpisu.

WZÓR

Deklaracja wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
— korzystanie z obniżenia wpłat

DEK-1-u

Tę deklarację wypełnia pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 1, 2a, 2b i 2g ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573), zwanej dalej „ustawą”, obowiązany do wpłaty na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) za miesiąc z poz. 3, w którym zaistniały okoliczności powodujące powstanie obowiązku wpłaty. Składa się ją¹ do PFRON² nie później niż 20. dnia miesiąca następującego po miesiącu z poz. 3. Obowiązek ten wynika z art. 49 ust. 2 ustawy. Deklarację DEK-1-u składa się tylko z deklaracją DEK-1-0, DEK-1-a lub DEK-1-b, jeżeli pracodawca korzysta z obniżenia wpłaty za okres z poz. 3.

To jest deklaracja³ zwykła / korygująca z dnia⁴ (____) - (____) - (____) za okres⁵ (____) - (____) - (____)
(nr kolejny deklaracji za okres⁶ (____) - (____) - (____)), składana wraz z deklaracją⁷ DEK-1-0 / DEK-1-a / DEK-1-b.

Dane pracodawcy

Numer w rejestrze PFRON:⁸ (____) NIP:⁹ (____) REGON:¹⁰ (____)
Pracodawca:¹¹ (____) Ulica:¹⁰ (____)
Nr domu:¹¹ (____) Nr lokalu:¹² (____) Miejscowość:¹³ (____) Kod pocztowy:¹⁴ (____) - (____) - (____)
Poczta:¹⁵ (____) Telefon:¹² (____) E-mail:¹³ (____)

Wykorzystane obniżenie wpłat¹⁴

A. Dane o dokumencie uprawniającym do obniżenia wpłat, jego wystawcy i obniżeniu wpłaty (1)

Rodzaj obniżenia:¹⁵ (____) Wystawca:¹⁶ (____) NIP:¹⁷ (____)
Dokument z dnia:¹⁸ (____) - (____) - (____) (znak:¹⁹ (____)) otrzymany w dniu:²⁰ (____) - (____) - (____)
niezdatny od dnia:²¹ (____) - (____) - (____) uprawnia do obniżenia wpłat za okresy od:²² (____) - (____) - (____) do:²³ (____) - (____) - (____) nabytego
w kwocie:²⁴ (____) zł. Z pozostałego obniżenia:²⁵ (____) zł wykorzystując:²⁶ (____) zł.

B. Dane o dokumencie uprawniającym do obniżenia wpłat, jego wystawcy i obniżeniu wpłaty (2)

Rodzaj obniżenia:¹⁵ (____) Wystawca:¹⁶ (____) NIP:¹⁷ (____)
Dokument z dnia:¹⁸ (____) - (____) - (____) (znak:¹⁹ (____)) otrzymany w dniu:²⁰ (____) - (____) - (____)
niezdatny od dnia:²¹ (____) - (____) - (____) uprawnia do obniżenia wpłat za okresy od:²² (____) - (____) - (____) do:²³ (____) - (____) - (____) nabytego
w kwocie:²⁴ (____) zł. Z pozostałego obniżenia:²⁵ (____) zł wykorzystując:²⁶ (____) zł.

C. Dane o dokumencie uprawniającym do obniżenia wpłat, jego wystawcy i obniżeniu wpłaty (3)

Rodzaj obniżenia:¹⁵ (____) Wystawca:¹⁶ (____) NIP:¹⁷ (____)
Dokument z dnia:¹⁸ (____) - (____) - (____) (znak:¹⁹ (____)) otrzymany w dniu:²⁰ (____) - (____) - (____)
niezdatny od dnia:²¹ (____) - (____) - (____) uprawnia do obniżenia wpłat za okresy od:²² (____) - (____) - (____) do:²³ (____) - (____) - (____) nabytego
w kwocie:²⁴ (____) zł. Z pozostałego obniżenia:²⁵ (____) zł wykorzystując:²⁶ (____) zł.

D. Dane o dokumencie uprawniającym do obniżenia wpłat, jego wystawcy i obniżeniu wpłaty (4)

Rodzaj obniżenia:¹⁵ (____) Wystawca:¹⁶ (____) NIP:¹⁷ (____)
Dokument z dnia:¹⁸ (____) - (____) - (____) (znak:¹⁹ (____)) otrzymany w dniu:²⁰ (____) - (____) - (____)
niezdatny od dnia:²¹ (____) - (____) - (____) uprawnia do obniżenia wpłat za okresy od:²² (____) - (____) - (____) do:²³ (____) - (____) - (____) nabytego
w kwocie:²⁴ (____) zł. Z pozostałego obniżenia:²⁵ (____) zł wykorzystując:²⁶ (____) zł.

E. Dane o dokumencie uprawniającym do obniżenia wpłat, jego wystawcy i obniżeniu wpłaty (5)

Rodzaj obniżenia:¹⁵ (____) Wystawca:¹⁶ (____) NIP:¹⁷ (____)
Dokument z dnia:¹⁸ (____) - (____) - (____) (znak:¹⁹ (____)) otrzymany w dniu:²⁰ (____) - (____) - (____)
niezdatny od dnia:²¹ (____) - (____) - (____) uprawnia do obniżenia wpłat za okresy od:²² (____) - (____) - (____) do:²³ (____) - (____) - (____) nabytego
w kwocie:²⁴ (____) zł. Z pozostałego obniżenia:²⁵ (____) zł wykorzystując:²⁶ (____) zł.

Uwagi

Oświadczenia końcowe

Oświadczam, że znam przepisy dotyczące wpłat na PFRON oraz ich obniżania. Dane zawarte w deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Imię i nazwisko osoby upoważnionej:²⁷ (____) Podpis:²⁸ (____)

Objaśnienia do formularza DEK-1-u

- ¹ Deklarację DEK-1-u składa się w formie dokumentu elektronicznego.
- ² Zarząd PFRON mieści się pod adresem: al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.
- ³ Proszę wstawić znak „X” w odpowiednim polu.
- ⁴ Proszę wpisać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.
- ⁵ Proszę wpisać okres sprawozdawczy taki sam, jak w poz. 2 deklaracji DEK-1-0, DEK-1-a lub DEK-1-b, z którą jest składana ta deklaracja DEK-1-u. Proszę wpisać datę w formacie: rok-miesiąc.
- ⁶ Jeżeli za okres z poz. 3 korzystają Państwo z obniżenia wpłat wynikającego z co najmniej sześciu dokumentów uprawniających do obniżenia wpłat, to proszę za ten sam okres sprawozdawczy złożyć kolejną deklarację DEK-1-u i nadać jej odpowiedni numer porządkowy.
- ⁷ W poz. 5 proszę wybrać rodzaj deklaracji, z którą zostanie złożona deklaracja DEK-1-u, i w odpowiednich polach wstawić znak „X”.
- ⁸ Proszę wpisać numer, jeżeli został nadany pracodawcy przed dniem złożenia deklaracji.
- ⁹ Proszę wpisać numer identyfikacji podatkowej, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa.
- ¹⁰ Proszę wpisać numer REGON, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa. W przypadku posiadania 9-cyfrowego numeru REGON w poz. 8 proszę po dziewiątej cyfrze wpisać pięć zer.
- ¹¹ Proszę wpisać pełną nazwę albo imię i nazwisko pracodawcy. Poz. 9 wypełnia się jednolicie w składanych informacjach, o których mowa w art. 21 ust. 2f ustawy, i deklaracjach, o których mowa w art. 49 ust. 2 ustawy.
- ¹² W przypadku korzystania z telefonu proszę wpisać dziewięciocyfrowy numer telefonu w poz. 16.
- ¹³ Proszę wypełnić w przypadku korzystania z poczty elektronicznej.
- ¹⁴ W części *Wykorzystane obniżenie wpłat* proszę wpisać dane o dokumentach uprawniających do obniżenia wpłat, ich wystawcach i obniżeniu wpłaty. Dokumentem uprawniającym do obniżenia wpłat jest:
- informacja dotycząca obniżenia wpłat na PFRON, w tym informacja INF-U wystawiana na podstawie rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 września 2018 r. w sprawie informacji dotyczących kwot obniżenia wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz ewidencji wystawionych informacji o kwocie obniżenia (Dz. U. poz. 1858), zwana dalej: „INF-U”, i informacja INF-U wystawiana na podstawie rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 22 czerwca 2016 r. w sprawie informacji dotyczących kwot obniżenia wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz ewidencji wystawionych informacji o kwocie obniżenia (Dz. U. poz. 928) – zwana dalej „INF-U(2016)”,
 - certyfikat dostępności, o którym mowa w art. 19 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2020 r. poz. 1062) – zwany dalej: „certyfikatem dostępności”.
- Proszę uwzględnić dane wynikające tylko z tych dokumentów, których zamierzają Państwo użyć do obniżenia wpłaty należnej z poz. 19 DEK-1-0, poz. 19 DEK-1-a lub poz. 21 DEK-1-b za okres z poz. 3. Pierwsze wykazanie certyfikatu dostępności w deklaracji DEK-1-u jest zawiadomieniem wymaganym na podstawie art. 21 ust. 8 ustawy, z tym że data z poz. 2 deklaracji DEK-1-u, którą pracodawca zawiadomił Zarząd PFRON o tym certyfikacie, nie może być wcześniejsza od daty jego otrzymania. W przypadku posiadania kilku certyfikatów dostępności umożliwiających zastosowanie obniżenia za dany okres, w DEK-1-u za ten okres do obniżenia wpłaty wystarczy wykazanie jednego, wybranego certyfikatu.
- W części *Wykorzystane obniżenie wpłat* (w pozycjach 27, 28, 29, 39, 40, 41, 51, 52, 53, 63, 64, 65, 75, 76 i 77) wpisuje się dane z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku. Jeżeli trzecia cyfra po przecinku należy do przedziału od 5 do 9, to stosuje się zaokrąglenie w górę, a gdy jest mniejsza niż 5, to pierwszą i drugą liczbę po przecinku pozostawia się bez zmian.
- ¹⁵ Proszę wpisać: U0 – w przypadku prawa do obniżenia wpłat nabytego na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 30 września 1991 r. w sprawie szczegółowych zasad obniżania wpłat zakładów pracy na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. poz. 401), które utraciło moc z dniem 2 stycznia 1999 r., U1 – w przypadku prawa do obniżenia wpłat, o którym mowa w art. 22 ustawy, nabytego na zasadach obowiązujących od dnia 2 stycznia 1999 r. do dnia 30 czerwca 2016 r., U2 – w przypadku prawa do obniżenia wpłat, o którym mowa w art. 22 ustawy, nabytego na zasadach obowiązujących od dnia 1 lipca 2016 r. do dnia 30 września 2018 r., U3 – w przypadku prawa do obniżenia wpłat, o którym mowa w art. 22 ustawy, nabytego na zasadach obowiązujących od dnia 1 października 2018 r., D0 – w przypadku obniżenia wpłat, o którym mowa w art. 21 ust. 8 ustawy.
- ¹⁶ Proszę wpisać pełną nazwę albo firmę albo imię i nazwisko wystawcy dokumentu, na podstawie którego obniżają Państwo wpłatę za okres z poz. 3. Jeżeli rodzaj obniżenia to U0, U1, U2 lub U3, to proszę wpisać dane sprzedającego z informacji o kwocie obniżenia. Znajdują się one w poz. 4 INF-U lub w poz. 4 INF-U(2016). Jeżeli rodzaj obniżenia to D0, to proszę uwzględnić oznaczenie podmiotu dokonującego certyfikacji wpisane na certyfikacie dostępności.
- ¹⁷ Proszę wpisać numer identyfikacji podatkowej wystawcy dokumentu, na podstawie którego obniżają Państwo wpłatę za okres z poz. 3. Jeżeli rodzaj obniżenia to U0, U1, U2 lub U3, to proszę wpisać NIP sprzedającego z informacji o kwocie obniżenia. Znajduje się on w poz. 2 INF-U lub w poz. 2 INF-U(2016). Jeżeli rodzaj obniżenia to D0, to proszę uwzględnić oznaczenie podmiotu dokonującego certyfikacji wpisane na certyfikacie dostępności. Jeżeli nie mogą Państwo ustalić numeru NIP wystawcy, to tę pozycję proszę pozostawić niewypełnioną i zamieścić adnotację w części *Uwagi*.
- ¹⁸ Jeżeli rodzaj obniżenia to U0, U1, U2 lub U3, to proszę wpisać datę wystawienia informacji o kwocie obniżenia wpłat na PFRON (znajduje się ona w poz. 50 INF-U lub w poz. 40 INF-U(2016)), a gdy rodzaj obniżenia to D0, to proszę wpisać datę wydania certyfikatu dostępności. Proszę wpisać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.
- ¹⁹ Proszę wpisać znak dokumentu, na podstawie którego obniżają Państwo wpłatę za okres z poz. 3. Jeżeli rodzaj obniżenia to U0, U1, U2 lub U3, to proszę wpisać znak informacji o kwocie obniżenia. Jeżeli został on nadany, to znajduje się on w poz. 25 INF-U albo w poz. 16 INF-U(2016). Jeżeli informacji o kwocie obniżenia nie został nadany znak, to proszę wpisać „brak”. Jeżeli rodzaj obniżenia to D0, to proszę wpisać numer i oznaczenie certyfikatu dostępności.
- ²⁰ Proszę wpisać datę otrzymania dokumentu, na podstawie którego obniżają Państwo wpłatę należną z poz. 19 DEK-1-0, poz. 19 DEK-1-a lub poz. 21 DEK-1-b za okres z poz. 3. Proszę wpisać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.
- ²¹ Proszę wpisać dzień następujący po dniu, z którym odpowiednio:
- upływa okres na wykorzystanie obniżenia ustalony na podstawie odpowiednio art. 22 ust. 4 ustawy, art. 22 ust. 9 ustawy w brzmieniu obowiązującym do dnia 30 czerwca 2016 r. lub art. 2 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zmianie ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. poz. 1886, z późn. zm.),
 - upływa czteroletni okres ważności certyfikatu dostępności lub
 - certyfikat dostępności został cofnięty.

W przypadku uzyskania od sprzedającego, o którym mowa w art. 22 ust. 1 ustawy, informacji o zawyżeniu kwoty obniżenia o 100% lub uzyskania od sprzedającego lub od PFRON informacji o wydaniu ostatecznej decyzji dotyczącej wpłaty określającej wysokość zobowiązania z tytułu wpłaty, o której mowa w art. 22b ust. 1 pkt 2 lub 3 ustawy, albo wpłaty, o której mowa w art. 22b ust. 1 pkt 4 ustawy w przypadku zawyżenia kwoty obniżenia o 100% – proszę wpisać dzień wystawienia informacji odpowiednio zawyżonej lub objętej decyzją. Proszę wpisać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.

²² Okres początkowy, za który można po raz pierwszy skorzystać z obniżenia na podstawie danego dokumentu. Jeżeli rodzaj obniżenia to U0, U1, U2 lub U3, to proszę wpisać okres sprawozdawczy pierwszej deklaracji, której termin składania upływa nie wcześniej niż w dniu otrzymania informacji o kwocie obniżenia wpłat na PFRON. Jeżeli rodzaj obniżenia to D0, to proszę wpisać okres sprawozdawczy poprzedzający miesiąc, w którym pracodawca po raz pierwszy zawiadomił Zarząd PFRON o uzyskaniu certyfikatu dostępności, z którego skorzysta do obniżenia wpłat za okres z poz. 3. Proszę wpisać datę w formacie: rok-miesiąc.

²³ Okres końcowy, za który na podstawie danego dokumentu można skorzystać z obniżenia wpłaty po raz ostatni. Proszę wpisać okres sprawozdawczy deklaracji, której termin składania lub poprzedzająca go data złożenia deklaracji przypada nie później niż w dniu odpowiednio z poz. 24, 36, 48, 60 lub 72. Proszę wpisać datę w formacie: rok-miesiąc.

²⁴ Proszę wpisać kwotę nabytego obniżenia wpłat. Jeżeli rodzaj obniżenia to U0, U1, U2 lub U3, to proszę wpisać dane z informacji o kwocie obniżenia. Znajdują się one w poz. 37 INF-U lub w poz. 38 INF-U(2016). Jeżeli rodzaj obniżenia to D0, to obniżenie nabyte jest równe iloczynowi 0,05 i kwoty odpowiednio z poz. 19 DEK-1-0, poz. 19 DEK-1-a lub poz. 21 DEK-1-b za okres z poz. 3 nie wcześniejszy od okresu początkowego i nie późniejszy od okresu końcowego.

W przypadku uzyskania od sprzedającego, o którym mowa w art. 22 ust. 1 ustawy, informacji o zawyżeniu kwoty obniżenia o 100% lub uzyskania od sprzedającego lub od PFRON informacji o wydaniu ostatecznej decyzji dotyczącej wpłaty określającej wysokość zobowiązania z tytułu wpłaty, o której mowa w art. 22b ust. 1 pkt 2 lub 3 ustawy, albo wpłaty, o której mowa w art. 22b ust. 1 pkt 4 ustawy w przypadku zawyżenia kwoty obniżenia o 100% – proszę wpisać dzień wystawienia informacji odpowiednio zawyżonej lub objętej decyzją. Proszę wpisać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.

²⁵ Proszę wpisać kwotę przysługującego obniżenia wpłat. Jeżeli rodzaj obniżenia to U0, U1, U2 lub U3, to kwotę nabytego obniżenia proszę pomniejszyć o kwotę obniżenia w części wykorzystanej. Jeżeli rodzaj obniżenia to D0, to obniżenie pozostałe jest równe kwocie obniżenia nabytego. Kwota przysługującego obniżenia wynosi 0, gdy okres z poz. 3 jest wcześniejszy od okresu początkowego lub późniejszy od okresu końcowego.

²⁶ Proszę wpisać kwotę przysługującego obniżenia wpłat, która została wykorzystana do obniżenia wpłaty należnej z poz. 19 DEK-1-0, poz. 19 DEK-1-a lub poz. 21 DEK-1-b za okres z poz. 3. Jeżeli rodzaj obniżenia to U0, U1, U2 lub U3, to kwota wykorzystanego obniżenia nie może być wyższa od kwoty pozostałego obniżenia ani od: kwoty wpłaty należnej za okres z poz. 3 nie późniejszy niż grudzień 2003 r., 0,8 kwoty wpłaty należnej za okres z poz. 3 nie wcześniejszy niż styczeń 2004 i nie późniejszy niż czerwiec 2016 r., ani od 0,5 kwoty wpłaty należnej za okres z poz. 3 nie wcześniejszy niż lipiec 2016 r. Jeżeli rodzaj obniżenia to D0, to kwota wykorzystanego obniżenia jest równa kwocie obniżenia nabytego.

²⁷ Proszę wpisać dane osoby uprawnionej lub upoważnionej do reprezentowania pracodawcy w przypadku wypełniania deklaracji przez tę osobę, a nie osobiście przez pracodawcę.

²⁸ Podpis osoby z poz. 78, a w przypadku niewypełnienia poz. 78 – podpis pracodawcy. Po podpisaniu deklaracji podpisem elektronicznym poz. 79 jest wypełniana automatycznie imieniem i nazwiskiem osoby, która użyła tego podpisu.

WZÓR

Deklaracja wpłat
na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

DEK-2-a

Tę deklarację wypełnia pracodawca, o którym mowa w art. 31 ust. 3 pkt 1 lit. a lub art. 33 ust. 4a, 4a¹, 4c, 7 i 7a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573), zwanej dalej „ustawą”, lub w art. 38 ust. 2 pkt 1 lit. a tiret pierwsze ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1128, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o podatku dochodowym od osób fizycznych”, zobowiązany do wpłaty na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) za miesiąc z poz. 2, w którym zaistniały okoliczności powodujące powstanie obowiązku wpłaty. Składa się ją¹ do PFRON² nie później niż 20. dnia miesiąca następującego po miesiącu z poz. 2. Obowiązek ten wynika z art. 49 ust. 2 ustawy. W przypadku zmian danych ewidencyjnych lub składania deklaracji DEK-2-a po raz pierwszy, proszę dołączyć do niej deklarację DEK-Z.

To jest deklaracja³ (1) zwykła / korygująca za okres⁴ (2) _____ wypelniona w dniu⁵ (3) _____.

Dane pracodawcy

Numer w rejestrze PFRON:⁶ (4) _____ NIP:⁷ (5) _____ REGON:⁸ (6) _____

Pracodawca:⁹ (7) _____ Ulica:⁸ _____

Nr domu:⁹ (9) _____ Nr lokalu:¹⁰ (10) _____ Miejscowość:¹¹ (11) _____ Kod pocztowy:¹² (12) _____

Poczta:¹³ (13) _____ Telefon:¹⁰ (14) _____ E-mail:¹¹ (15) _____

Dane o zatrudnieniu¹²

Zatrudnienie ogółem to:¹⁶ (16) _____ etatów i¹⁷ (17) _____ osób, a stany zatrudnienia osób niepełnosprawnych o znacznym (Z), umiarkowanym (U) i lekkim (L) stopniu niepełnosprawności oraz bez ustalonego stopnia niepełnosprawności (BS) przedstawia tabela:

	Osoby niepełnosprawne ogółem		Osoby niepełnosprawne, o których mowa w art. 21 ust. 4 ustawy		Osoby niepełnosprawne, o których mowa w art. 22 ust.1 ustawy		Osoby niepełnosprawne, o których mowa w art. 28 ust. 1 pkt 1 lit. b ustawy		Wykonawcy pracy nakładczej, o których mowa w art. 28 ust. 3 ustawy	
	w etatach	w osobach	w etatach	w osobach	w etatach	w osobach	w etatach	w osobach	w etatach	w osobach
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Z										
U										
L			X	X	X	X				
BS			X	X	X	X				

Rozliczenie wpłaty¹³

Wpłata należna to:¹⁴ (18) _____ zł.

Składają się na nią wpłaty naliczone na podstawie:

- A. art. 38 ust. 2 pkt 1 lit. a tiret pierwsze ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych:¹⁵ (19) _____ zł,
art. 31 ust. 3 pkt 1 lit. a ustawy:¹⁶ (20) _____ zł,
- B. art. 33 ust. 4a ustawy – w zw. z art. 68gd ust. 3 ustawy:¹⁷ (21) _____ zł i w pozostałym zakresie:¹⁸ (22) _____ zł,
art. 33 ust. 4a¹ ustawy – w zw. z art. 33 ust. 3² lub 3³ ustawy:¹⁹ (23) _____ zł i pozostałym zakresie:²⁰ (24) _____ zł,
- C. art. 33 ust. 4c ustawy:²¹ (25) _____ zł,
- D. art. 33 ust. 7 i 8a ustawy:²² (26) _____ zł, art. 33 ust. 7 i 7a ustawy:²³ (27) _____ zł.

Podstawa prawna złagodzenia obowiązku wpłaty:²⁴ (28) _____ / _____ – _____. Kwota złagodzenia wpłaty to:²⁵ (29) _____ zł.

Kwota do zapłaty (po złagodzeniu obowiązku wpłaty) to:²⁶ (30) _____ zł.

Uwaga! W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. 30 lub wpłacenia jej w niepełnej wysokości deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz. U. z 2020 r. poz. 1427, z późn. zm.).

Uwagi

Oświadczenia końcowe

Oświadczam, że znam przepisy dotyczące wpłat na PFRON oraz ich obniżania. Dane zawarte w deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Imię i nazwisko osoby upoważnionej:²⁷ (31) _____ Podpis:²⁸ (32) _____

Objaśnienia do formularza DEK-2-a

- ¹ Deklarację DEK-2-a składa się w formie dokumentu elektronicznego.
- ² Zarząd PFRON mieści się pod adresem: al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.
- ³ Proszę w odpowiednim polu wstawić znak „X”.
- ⁴ Proszę wpisać rok i miesiąc zaistnienia zdarzenia skutkującego powstaniem zobowiązania z tytułu wpłat, wskazanego w części *Rozliczenie wpłaty*.
- ⁵ Proszę wpisać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.
- ⁶ Proszę wpisać numer, jeżeli został nadany pracodawcy przed dniem złożenia deklaracji.
- ⁷ Proszę wpisać numer identyfikacji podatkowej, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa.
- ⁸ Proszę wpisać numer REGON, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa. W przypadku posiadania 9-cyfrowego numeru REGON w poz. 6 proszę po dziewiętej cyfrze wpisać pięć zer.
- ⁹ Proszę wpisać pełną nazwę albo imię i nazwisko pracodawcy. Poz. 7 proszę 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.
- ¹⁰ W przypadku korzystania z telefonu proszę wpisać dziewięciocyfrowy numer telefonu w poz. 14.
- ¹¹ Proszę wypełnić w przypadku korzystania z poczty elektronicznej.
- ¹² W poz. 16 i 17 oraz w tabeli proszę wpisać przeciętne miesięczne stany zatrudnienia w okresie sprawozdawczym z poz. 2. W poz. 16 oraz w kolumnach 1, 3, 5, 7 i 9 tabeli proszę podać dane w etatach, a w poz. 17 oraz w kolumnach 2, 4, 6, 8 i 10 tabeli – w osobach. Do danych z poz. 16 i 17 oraz z tabeli stosuje się wyłączenia, o których mowa w art. 21 ust. 5 ustawy, a w przypadku stanów zatrudnienia osób niepełnosprawnych proszę także zastosować art. 2a ustawy.
- W poz. 16 i 17 oraz w kolumnach 1–6 tabeli proszę wykazać rzeczywiste zatrudnienie pracowników w rozumieniu art. 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2020 r. poz. 1320, z późn. zm.). W kolumnach 7 i 8 tabeli proszę wykazać rzeczywiste zatrudnienie pracowników w rozumieniu art. 2 Kodeksu pracy oraz wykonawców pracy nakładczej, o których mowa w art. 28 ust. 3 ustawy. W kolumnach 9 i 10 tabeli proszę wykazać rzeczywiste zatrudnienie wykonawców pracy nakładczej, o których mowa w art. 28 ust. 3 ustawy. W komórkach Z3, Z4, U3 i U4 proszę wpisać stany dotyczące osób, u których stwierdzono którekolwiek ze szczególnych schorzeń wymienionych w § 1 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 18 września 1998 r. w sprawie rodzajów schorzeń uzasadniających obniżenie wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych oraz sposobu jego obniżania (Dz. U. poz. 820, z późn. zm.).
- W poz. 16 i 17 oraz w kolumnach 1–10 tabeli wpisuje się dane z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku. Jeżeli trzecia cyfra po przecinku należy do przedziału od 5 do 9, to stosuje się zaokrąglenie w górę, a gdy jest mniejsza niż 5, to pierwszą i drugą cyfrę po przecinku pozostawia się bez zmian.
- ¹³ Kwoty wykazywane w poz. 18–27, 29 i 30 zaokrągla się do pełnych złotych w ten sposób, że końcówki kwot wynoszące mniej niż 50 groszy pomija się, a końcówki kwot wynoszące 50 i więcej groszy podwyższa się do pełnych złotych.
- ¹⁴ Poz. 18 jest równa sumie pozycji od 19 do 27 włącznie.
- ¹⁵ 10% kwoty zaliczek, o których mowa w art. 38 ust. 2 pkt 1 lit. a ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, naliczonych od wynagrodzeń i innych dochodów należnych za okresy przypadające do dnia 31 grudnia 2010 r. włącznie oraz 40% kwoty zaliczek, o których mowa w art. 38 ust. 2 pkt 1 lit. a ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, naliczonych od wynagrodzeń i innych dochodów należnych za okresy przypadające od dnia 1 stycznia 2011 r. W odniesieniu do tej wpłaty okresem sprawozdawczym jest miesiąc, w którym pracodawca faktycznie skorzystał z przysługującego mu uprawnienia, o którym mowa w art. 38 ust. 2 pkt 1 ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych.
- ¹⁶ 10% kwoty zwolnień, o których mowa w art. 31 ust. 1 ustawy. W odniesieniu do tej wpłaty okresem sprawozdawczym jest miesiąc, w którym pracodawca faktycznie skorzystał z przysługującego mu zwolnienia.
- ¹⁷ Kwota 30% środków, o których mowa w art. 68gd ust. 1 ustawy, wydatkowanych bez zgody, o której mowa w art. 68gd ust. 2 ustawy. Okresem sprawozdawczym jest w odniesieniu do tej wpłaty miesiąc, w którym przypada dzień przeznaczenia tych środków bez zgody, o której mowa w art. 68gd ust. 2 ustawy.
- ¹⁸ Kwota 30% niezgodnie z ustawą przeznaczonych środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych (ZFRON) oraz środków nieterminowo przekazanych na ten fundusz. Okresem sprawozdawczym jest w odniesieniu do tej wpłaty miesiąc, w którym przypada dzień ujawnienia niezgodnego z ustawą przeznaczenia środków ZFRON lub nieterminowego przekazania środków na ten fundusz.
- ¹⁹ Kwota 30% środków ZFRON, których dotyczyło naruszenie przez dysponenta art. 33 ust. 3² lub ust. 3³ ustawy. Okresem sprawozdawczym jest miesiąc, w którym przypada dzień ujawnienia naruszenia przez dysponenta art. 33 ust. 3² lub ust. 3³ ustawy.
- ²⁰ Kwota 30% środków ZFRON, który powinien być zostać utworzony lub dla którego pracodawca powinien być prowadzić ewidencję lub rachunek bankowy. Okresem sprawozdawczym jest miesiąc, w którym przypada dzień ujawnienia nieutworzenia ZFRON, nieprowadzenia ewidencji środków ZFRON lub nieprowadzenia rachunku bankowego środków tego funduszu.
- ²¹ Suma środków ZFRON pochodzących ze zwolnień, o których mowa w art. 31 ust. 1 ustawy, oraz z pobranych zaliczek na podatek dochodowy od osób fizycznych, o których mowa w art. 33 ust. 2 pkt 2 ustawy, które nie zostały wykorzystane do dnia 31 grudnia roku następującego po roku uzyskania tych środków. Okresem sprawozdawczym jest miesiąc, w którym przypada dzień upływu okresu na wykorzystanie środków ZFRON pochodzących ze zwolnień, o których mowa w art. 31 ust. 1 ustawy, oraz kwot pobranych zaliczek na podatek dochodowy od osób fizycznych, o których mowa w art. 33 ust. 2 pkt 2 ustawy.
- ²² Kwota stanowiąca różnicę między kwotą środków ZFRON pracodawcy dotychczas prowadzącego zakład pracy chronionej, w odniesieniu do którego dokonano podziału lub zbycia części lub całości zakładu, a kwotą podzieloną zgodnie z art. 33 ust. 8a pkt 1 ustawy między:
- pracodawcę, o którym mowa w art. 30 ust. 2a pkt 1a ustawy, oraz
 - pracodawcę dotychczas legitymującego się statusem zakładu pracy chronionej, który pozostał dysponentem tego funduszu.
- Okresem sprawozdawczym jest w odniesieniu do tej wpłaty miesiąc, w którym przypada dzień upływu 3 miesięcy od dnia dokonania podziału lub zbycia części lub całości zakładu pracy chronionej, o którym mowa w art. 30 ust. 2a pkt 1a ustawy.
- ²³ Suma niewykorzystanych środków ZFRON (wpłata, o której mowa w art. 33 ust. 7 ustawy) oraz kwoty odpowiadającej kwocie wydatkowanej ze środków funduszu rehabilitacji na nabycie, wytworzenie lub ulepszenie środków trwałych w związku z modernizacją zakładu, utworzeniem lub przystosowaniem stanowisk pracy dla osób niepełnosprawnych, budową lub rozbudową bazy rehabilitacyjnej, wycieczkowej i socjalnej oraz na zakup środków transportu – w części, która nie została pokryta odpisami amortyzacyjnymi, ustalonymi przy zastosowaniu stawek amortyzacyjnych wynikających z *Wykazu rocznych stawek amortyzacyjnych* (wpłata, o której mowa w art. 33 ust. 7a ustawy).
- Wpłatę, o której mowa w art. 33 ust. 7 ustawy, oraz wpłatę, o której mowa w art. 33 ust. 7a ustawy, ustala się według stanu na dzień powstania obowiązku zwrotu środków ZFRON:

- w przypadku upadłości – na dzień wydania postanowienia o ogłoszeniu upadłości,
- w przypadku wydania postanowienia o ogłoszeniu upadłości po ponownym rozpoznaniu sprawy w następstwie uchylecia postanowienia przez sąd drugiej instancji – na dzień wydania pierwszego postanowienia o ogłoszeniu upadłości,
- w przypadku utraty statusu zakładu pracy chronionej – na ostatni dzień miesiąca, w którym nastąpiło zaprzestanie spełniania warunków określonych w art. 33 ust. 7b ustawy (z tym że za miesiące od marca 2020 r. do drugiego miesiąca od dnia odwołania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii włącznie proszę uwzględnić wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych w wysokości obniżonej do 18% na podstawie art. 68gg ustawy),
- w przypadku likwidacji – na dzień wykreślenia z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub Krajowego Rejestru Sądowego.

²⁴ Proszę wskazać podstawę prawną zaniechania poboru, umorzenia, rozłożenia na raty lub odroczenia terminu płatności wpłat (z mocy prawa lub w drodze ostatecznej decyzji). Proszę wpisać dane w formacie: przepis (odpowiednio artykuł, paragraf, ustęp, punkt i litera) / rok – pozycja Dziennika Ustaw, w którym został opublikowany akt prawny zawierający przepis, na podstawie którego wpłata za miesiąc z poz. 2 została objęta zaniechaniem poboru, umorzeniem, rozłożeniem na raty lub odroczeniem terminu płatności wpłat.

²⁵ Proszę wpisać wyłącznie kwotę wpłaty objętą zaniechaniem poboru lub umorzeniem przed dniem złożenia deklaracji. Poz. 29 ≤ poz. 18. Jeżeli pracodawca nie skorzystał z zaniechania poboru lub umorzenia wpłaty z poz. 18 przed dniem złożenia deklaracji, to poz. 29 = 0.

²⁶ Poz. 30 = poz. 18 – poz. 29.

²⁷ Proszę wpisać dane osoby uprawnionej lub upoważnionej do reprezentowania pracodawcy w przypadku wypełniania deklaracji przez tę osobę, a nie osobiście przez pracodawcę.

²⁸ Podpis osoby z poz. 31, a w przypadku niewypełnienia poz. 31 – podpis pracodawcy. Po podpisaniu deklaracji podpisem elektronicznym poz. 32 jest wypełniana automatycznie imieniem i nazwiskiem osoby, która użyła tego podpisu.

WZÓR

Deklaracja wpłat
na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

DEK-2-b

Tę deklarację wypełnia pracodawca, o którym mowa w art. 29 ust. 3a¹, 3b, 3c lub 3g ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573), zwanej dalej „ustawą”, obowiązany do wpłaty na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) za miesiąc z poz. 2, w którym zaistniały okoliczności powodujące powstanie obowiązku wpłaty. Składa się ją¹ do PFRON² nie później niż 20. dnia miesiąca następującego po miesiącu z poz. 2. Obowiązek ten wynika z art. 49 ust. 2 ustawy. W przypadku zmian danych ewidencyjnych lub w przypadku składania deklaracji DEK-2-b po raz pierwszy, proszę dołączyć do niej deklarację DEK-Z.

To jest deklaracja³ zwykła / korygująca za okres⁴ (2) _____ - _____ wypelniona w dniu⁵ (3) _____ - _____ - _____.

Dane pracodawcy

Numer w rejestrze PFRON:⁶ (4) _____ NIP:⁷ (5) _____ REGON:⁸ (6) _____

Pracodawca:⁹ (7) _____ Ulica: (8) _____

Nr domu: (9) _____ Nr lokalu: (10) _____ Miejscowość: (11) _____ Kod pocztowy: (12) _____ - _____

Poczta: (13) _____ Telefon:¹⁰ (14) _____ E-mail:¹¹ (15) _____

Rozliczenie wpłaty¹²

Wpłata należna to:¹³ (16) _____ zł.

Składają się na nią wpłaty naliczone na podstawie:

A. z art. 29 ust. 3a¹ pkt 2 ustawy – w zw. z art. 68gd ust. 3 ustawy:¹⁴ (17) _____ zł, w pozostałym zakresie:¹⁵ (18) _____ zł.

B. z art. 29 ust. 3g ustawy:¹⁶ (19) _____ zł,

C. z art. 29 ust. 3b i 3c ustawy:¹⁷ (20) _____ zł.

Podstawa prawna złagodzenia obowiązku wpłaty:¹⁸ (21) _____ / _____ - _____. Kwota złagodzenia wpłaty to:¹⁹ (22) _____ zł.

Kwota do zapłaty (po złagodzeniu obowiązku wpłaty) to:²⁰ (23) _____ zł.

Uwaga! W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. 23 lub wpłacenia jej w niepełnej wysokości deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz. U. z 2020 r. poz. 1427, z późn. zm.).

Uwagi

Oświadczenia końcowe

Oświadczam, że znam przepisy dotyczące wpłat na PFRON oraz ich obniżania. Dane zawarte w deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Imię i nazwisko osoby upoważnionej:²¹ (24) _____ Podpis:²² (25) _____

Objaśnienia do formularza DEK-2-b

- ¹ Deklarację DEK-2-b składa się w formie dokumentu elektronicznego.
- ² Zarząd PFRON mieści się pod adresem: al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.
- ³ Proszę w odpowiednim polu wstawić znak „X”.
- ⁴ Proszę wpisać rok i miesiąc zaistnienia zdarzenia skutkującego powstaniem zobowiązania z tytułu wpłat, wskazanego w części *Rozliczenie wpłaty*.
- ⁵ Proszę wpisać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.
- ⁶ Proszę wpisać numer, jeżeli został nadany pracodawcy przed dniem złożenia deklaracji.
- ⁷ Proszę wpisać numer identyfikacji podatkowej, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa.
- ⁸ Proszę wpisać numer REGON, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa. W przypadku posiadania 9-cyfrowego numeru REGON w poz. 6 proszę po dziewiątej cyfrze wpisać pięć zer.
- ⁹ Proszę wpisać pełną nazwę albo imię i nazwisko pracodawcy. Poz. 7 proszę 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.
- ¹⁰ W przypadku korzystania z telefonu proszę wpisać dziewięciocyfrowy numer telefonu w poz. 14.
- ¹¹ Proszę wypełnić w przypadku korzystania z poczty elektronicznej.
- ¹² Kwoty wykazywane w poz. 16–20, 22 i 23 zaokrągla się do pełnych złotych w ten sposób, że końcówki kwot wynoszące mniej niż 50 groszy pomija się, a końcówki kwot wynoszące 50 i więcej groszy podwyższa się do pełnych złotych.
- ¹³ Poz. 16 = poz. 17 + poz. 18 + poz. 19 + poz. 20.
- ¹⁴ Kwota 30% środków, o których mowa w art. 68gd ust. 1 ustawy, wydatkowanych bez zgody, o której mowa w art. 68gd ust. 2 ustawy. Okresem sprawozdawczym jest w odniesieniu do tej wpłaty miesiąc, w którym przypada dzień przeznaczenia tych środków bez zgody, o której mowa w art. 68gd ust. 2 ustawy.
- ¹⁵ Kwota 30% sumy środków zakładowego funduszu aktywności (ZFA) wydatkowanych niezgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 29 ust. 4 ustawy oraz:
- niewykorzystanych środków ZFA nieprzekazanych na wyodrębniony rachunek bankowy ZFA w terminie do dnia 31 grudnia roku, w którym uzyskano te środki – w odniesieniu do środków uzyskanych do dnia 31 grudnia 2018 r.,
 - środków ZFA nieprzekazanych na wyodrębniony rachunek bankowy ZFA w terminie do dnia 15 lipca roku następującego po roku uzyskania tych środków – w odniesieniu do środków uzyskanych nie wcześniej niż w dniu 1 stycznia 2019 r.
- Okresem sprawozdawczym jest w odniesieniu do tej wpłaty miesiąc, w którym przypada data ujawnienia:
- wydatkowania ZFA niezgodnego z przepisami wydanymi na podstawie art. 29 ust. 4 ustawy lub
 - niedotrzymania terminu do przekazania odpowiednio środków ZFA lub niewykorzystanych środków ZFA na wyodrębniony rachunek bankowy tego funduszu w ustawowym terminie.
- ¹⁶ Suma kwoty stanowiącej wartość mienia zakładu aktywności zawodowej sfinansowanego ze środków PFRON w części, która nie została pokryta odpisami amortyzacyjnymi wynikającymi z *Wykazu rocznych stawek amortyzacyjnych* na dzień przejścia, oraz kwot niewykorzystanych środków PFRON, środków przekazanych na tworzenie lub działanie zakładu aktywności zawodowej i środków znajdujących się na rachunku ZFA – ustalonych według stanu na dzień przejścia prowadzenia zakładu aktywności zawodowej. Okresem sprawozdawczym jest miesiąc, w którym przypada odpowiednio:
- data upływu terminu, o którym mowa w art. 29 ust. 3f ustawy, w razie niewystąpienia z wnioskiem o wydanie decyzji o przyznaniu statusu zakładu aktywności zawodowej albo
 - data upływu terminu do wniesienia odwołania od decyzji o odmowie przyznania statusu, jeżeli strona nie wniosła odwołania, albo
 - data wydania decyzji o odmowie przyznania statusu przez organ II instancji.
- ¹⁷ Kwota środków publicznych otrzymanych na utworzenie zakładu, niewykorzystanych środków PFRON oraz niewykorzystanych środków ZFA wraz z kwotą odpowiadającą kwocie wydatkowanej z ZFA na nabycie, wytworzenie lub ulepszenie środków trwałych w związku z modernizacją zakładu, utworzeniem lub przystosowaniem stanowisk pracy dla osób niepełnosprawnych – w części, która nie została pokryta odpisami amortyzacyjnymi, ustalonymi przy zastosowaniu stawek amortyzacyjnych wynikających z *Wykazu rocznych stawek amortyzacyjnych* na dzień powstania obowiązku zwrotu środków:
- na dzień utraty statusu zakładu aktywności zawodowej,
 - w przypadku upadłości organizatora zakładu aktywności zawodowej – na dzień wydania postanowienia o ogłoszeniu upadłości, a w przypadku wydania postanowienia o ogłoszeniu upadłości po ponownym rozpoznaniu sprawy w następstwie uchylecia postanowienia przez sąd drugiej instancji – na dzień wydania pierwszego postanowienia o ogłoszeniu upadłości,
 - w przypadku likwidacji zakładu aktywności zawodowej lub organizatora zakładu aktywności zawodowej – na dzień wykreślenia z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub Krajowego Rejestru Sądowego.
- Okresem sprawozdawczym jest miesiąc, w którym przypada data likwidacji zakładu aktywności zawodowej lub utraty statusu zakładu aktywności zawodowej albo wykreślenia organizatora z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub Krajowego Rejestru Sądowego, likwidacji lub upadłości organizatora zakładu aktywności zawodowej.
- ¹⁸ Proszę wskazać podstawę prawną zaniechania poboru, umorzenia, rozłożenia na raty lub odroczenia terminu płatności wpłat (z mocy prawa lub w drodze ostatecznej decyzji). Proszę wpisać dane w formacie: przepis (odpowiednio artykuł, paragraf, ustęp, punkt i litera) / rok – pozycja Dziennika Ustaw, w którym został opublikowany akt prawny zawierający przepis, na podstawie którego wpłata za miesiąc z poz. 2 została objęta zaniechaniem poboru, umorzeniem, rozłożeniem na raty lub odroczeniem terminu płatności wpłat.
- ¹⁹ Proszę wpisać wyłącznie kwotę wpłaty objętą zaniechaniem poboru lub umorzeniem przed dniem złożenia deklaracji. Poz. 22 ≤ poz. 16. Jeżeli pracodawca nie skorzystał z zaniechania poboru lub umorzenia wpłaty z poz. 16 przed dniem złożenia deklaracji, to poz. 22 = 0.
- ²⁰ Poz. 23 = poz. 16 – poz. 22.
- ²¹ Proszę wpisać dane osoby uprawnionej lub upoważnionej do reprezentowania pracodawcy w przypadku wypełniania deklaracji przez tę osobę, a nie osobiście przez pracodawcę.
- ²² Podpis osoby z poz. 24, a w przypadku niewypełnienia poz. 24 – podpis pracodawcy. Po podpisaniu deklaracji podpisem elektronicznym poz. 24 jest wypełniana automatycznie imieniem i nazwiskiem osoby, która użyła tego podpisu.

WZÓR

Deklaracja wpłat
na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

DEK-2-u

Tę deklarację wypełnia pracodawca, o którym mowa w art. 22b ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573), zwanej dalej „ustawą”, obowiązany do wpłaty na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) za miesiąc z poz. 2, w którym zaistniały okoliczności powodujące powstanie obowiązku wpłaty. Składa się ją¹ do PFRON² nie później niż 20. dnia miesiąca następującego po miesiącu z poz. 2. Obowiązek ten wynika z art. 49 ust. 2 ustawy.

W przypadku zmian danych ewidencyjnych lub składania deklaracji DEK-2-u po raz pierwszy, proszę dołączyć do niej deklarację DEK-Z.

To jest deklaracja³ zwykła / korygująca za okres⁴ (2) _____ - _____ wypełniona w dniu⁵ (3) _____ - _____ - _____.

Dane pracodawcy

Numer w rejestrze PFRON:⁶ (4) _____ NIP:⁷ (5) _____ REGON:⁸ (6) _____

Pracodawca:⁹ (7) _____ Ulica: (8) _____

Nr domu: (9) _____ Nr lokalu: (10) _____ Miejscowość: (11) _____ Kod pocztowy: (12) _____ - _____

Poczta: (13) _____ Telefon: (14) _____ E-mail: (15) _____

Rozliczenie wpłaty¹²

Wpłata należna to:¹³ (16) _____ zł.

Składają się na nią wpłaty naliczone na podstawie:

- A art. 22b ust. 1 pkt 1:¹⁴ (17) _____ zł,
- B art. 22b ust. 1 pkt 2:¹⁵ (18) _____ zł,
- C art. 22b ust. 1 pkt 3:¹⁶ (19) _____ zł,
- D art. 22b ust. 1 pkt 4:¹⁷ (20) _____ zł.

Podstawa prawna złagodzenia obowiązku wpłaty:¹⁸ (21) _____ / _____ - _____. Kwota złagodzenia wpłaty to:¹⁹ (22) _____ zł.

Kwota do zapłaty (po złagodzeniu obowiązku wpłaty) to:²⁰ (23) _____ zł.

Uwaga! W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. 23 lub wpłacenia jej w niepełnej wysokości deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz. U. z 2020 r. poz. 1427, z późn. zm.).

Uwagi

Oświadczenia końcowe

Oświadczam, że znam przepisy dotyczące wpłat na PFRON oraz ich obniżania. Dane zawarte w deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Imię i nazwisko osoby upoważnionej:²¹ (24) _____ Podpis:²² (25) _____

Objaśnienia do formularza DEK-2-u

- ¹ Deklarację DEK-2-u składa się w formie dokumentu elektronicznego.
- ² Zarząd PFRON mieści się pod adresem: al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.
- ³ Proszę w odpowiednim polu wstawić znak „X”.
- ⁴ Proszę wpisać rok i miesiąc zaistnienia zdarzenia skutkującego powstaniem zobowiązania z tytułu wpłat, wskazanego w części *Rozliczenie wpłaty*, tj. rok i miesiąc ujawnienia okoliczności, o których mowa w art. 22b ust. 1 ustawy, w wyniku kontroli, o której mowa w art. 22a ustawy, lub czynności sprawdzającej, o której mowa w art. 272 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Ordynacja podatkowa (Dz. U. z 2021 r. poz. 1540, z późn. zm.).
- ⁵ Proszę wpisać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.
- ⁶ Proszę wpisać numer, jeżeli został nadany pracodawcy przed dniem złożenia deklaracji.
- ⁷ Proszę wpisać numer identyfikacji podatkowej, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa.
- ⁸ Proszę wpisać numer REGON, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa. W przypadku posiadania 9-cyfrowego numeru REGON w poz. 6 proszę po dziewiątej cyfrze wpisać pięć zer.
- ⁹ Proszę wpisać pełną nazwę albo imię i nazwisko pracodawcy. Poz. 7 proszę 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.
- ¹⁰ W przypadku korzystania z telefonu proszę wpisać dziewięciocyfrowy numer telefonu w poz. 14.
- ¹¹ Proszę wypełnić w przypadku korzystania z poczty elektronicznej.
- ¹² Kwoty wykazywane w poz. 16–20, 22 i 23 zaokrąglą się do pełnych złotych w ten sposób, że końcówki kwot wynoszące mniej niż 50 groszy pomija się, a końcówki kwot wynoszące 50 i więcej groszy podwyższa się do pełnych złotych.
- ¹³ Poz. 16 = poz. 17 + poz. 18 + poz. 19 + poz. 20. Jeżeli suma poz. 17, 18, 19 i 20 nie przekracza pięciokrotności kosztów upomnienia w postępowaniu egzekucyjnym, to poz. 16 = 0.
- ¹⁴ Kwota 5% sumy kwot obniżenia wykazanych w informacjach o kwocie obniżenia, które nie zostały ujęte w ewidencji lub w informacjach, o których mowa odpowiednio w art. 22 ust. 10 pkt 2 i 3 ustawy.
- ¹⁵ Kwota 10% kwoty obniżenia wykazanej w informacji o kwocie obniżenia w przypadku naruszenia terminu, o którym mowa w art. 22 ust. 10 pkt 1 ustawy.
- ¹⁶ Kwota 30% kwoty obniżenia wykazanej w informacji o kwocie obniżenia, w przypadku niespełnienia warunków, o których mowa w art. 22 ust. 1 ustawy.
- ¹⁷ W przypadku podania niezgodnych ze stanem faktycznym danych skutkujących zawyżeniem kwoty obniżenia w informacji, o której mowa w art. 22 ust. 2 pkt 3 ustawy, proszę wpisać:
- trzykrotność kwoty stanowiącej różnicę między prawidłowo obliczoną a zawyżoną kwotą obniżenia, nie wyższą jednak niż 30% kwoty obniżenia wykazanej w tej informacji, jeżeli informacja ta została wystawiona przed dniem 1 października 2018 r., albo
 - kwotę stanowiącą różnicę między zawyżoną kwotą obniżenia wskazaną w tej informacji a prawidłowo obliczoną kwotą obniżenia, jeżeli informacja ta została wystawiona nie wcześniej niż w dniu 1 października 2018 r.
- ¹⁸ Proszę wskazać podstawę prawną zaniechania poboru, umorzenia, rozłożenia na raty lub odroczenia terminu płatności wpłat (z mocy prawa lub w drodze ostatecznej decyzji). Proszę wpisać dane w formacie: przepis (odpowiednio artykuł, paragraf, ustęp, punkt i litera) / rok – pozycja Dziennika Ustaw, w którym został opublikowany akt prawny zawierający przepis, na podstawie którego wpłata za miesiąc z poz. 2 została objęta zaniechaniem poboru, umorzeniem, rozłożeniem na raty lub odroczeniem terminu płatności wpłat.
- ¹⁹ Proszę wpisać wyłącznie kwotę wpłaty objętą zaniechaniem poboru lub umorzeniem przed dniem złożenia deklaracji. Poz. 22 ≤ poz. 16. Jeżeli pracodawca nie skorzystał z zaniechania poboru lub umorzenia wpłaty z poz. 16 przed dniem złożenia deklaracji, to poz. 22 = 0.
- ²⁰ Poz. 23 = poz. 16 – poz. 22.
- ²¹ Proszę wpisać dane osoby uprawnionej lub upoważnionej do reprezentowania pracodawcy w przypadku wypełniania deklaracji przez tę osobę, a nie osobiście przez pracodawcę.
- ²² Podpis osoby z poz. 24, a w przypadku niewypełnienia poz. 24 – podpis pracodawcy. Po podpisaniu deklaracji podpisem elektronicznym poz. 24 jest wypełniana automatycznie imieniem i nazwiskiem osoby, która użyła tego podpisu.

WZÓR

Deklaracja wpłat
na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

DEK-W

Tę deklarację wypełnia pracodawca, o którym mowa w art. 23 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573), zwanej dalej „ustawą”, obowiązany do wpłaty na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) za miesiąc z poz. 2, w którym zaistniały okoliczności powodujące powstanie obowiązku wpłaty. Składa się ją¹ do PFRON² nie później niż 20. dnia miesiąca następującego po miesiącu z poz. 2. Obowiązek ten wynika z art. 49 ust. 2 ustawy.

W przypadku zmian danych ewidencyjnych lub składania deklaracji DEK-W po raz pierwszy, proszę dołączyć do niej deklarację DEK-Z.

To jest deklaracja³ (1) zwykła / korygująca za okres⁴ (2) _____ wypelniona w dniu⁵ (3) _____.

Dane pracodawcy

Numer w rejestrze PFRON:⁶ (4) _____ NIP:⁷ (5) _____ REGON:⁸ (6) _____

Pracodawca:⁹ (7) _____ Ulica: (8) _____

Nr domu: (9) _____ Nr lokalu: (10) _____ Miejscowość: (11) _____ Kod pocztowy: (12) _____

Poczta: (13) _____ Telefon: (14) _____ E-mail: (15) _____

Dane o okolicznościach dotyczących powstania obowiązku wpłaty

Co było przyczyną utraty zdolności do pracy na dotychczasowym stanowisku pracy?¹² (16) Wypadek przy pracy / Choroba zawodowa.

Kiedy pracownik został uznany za osobę niepełnosprawną?⁵ (17) _____.

Kiedy osoba ta zgłosiła gotowość przystąpienia do pracy?⁵ (18) _____.

Kiedy została rozwiązana umowa o pracę z tą osobą?⁵ (19) _____.

Przeciętne wynagrodzenie ustalone dla okresu z poz. 2 było równe:¹³ (20) _____ zł.

Rozliczenie wpłaty¹⁴

Wpłata należna to:¹⁵ (21) _____ zł.

Podstawa prawna złagodzenia obowiązku wpłaty:¹⁶ (22) _____ / _____ - _____. Kwota złagodzenia wpłaty to:¹⁷ (23) _____ zł.

Kwota do zapłaty (po złagodzeniu obowiązku wpłaty) to:¹⁸ (24) _____ zł.

Uwaga! W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. 24 lub wpłacenia jej w niepełnej wysokości deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz. U. z 2020 r. poz. 1427, z późn. zm.).

Uwagi

Oświadczenia końcowe

Oświadczam, że znam przepisy dotyczące wpłat na PFRON. Dane zawarte w deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Imię i nazwisko osoby upoważnionej:¹⁹ (25) _____ Podpis:²⁰ (26) _____

Objaśnienia do formularza DEK-W

- ¹ Deklarację DEK-W składa się w formie dokumentu elektronicznego.
- ² Zarząd PFRON mieści się pod adresem: al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.
- ³ Proszę w odpowiednim polu wstawić znak „X”.
- ⁴ Proszę wpisać rok i miesiąc zaistnienia zdarzenia skutkującego powstaniem zobowiązania z tytułu wpłat, wskazanego w części *Rozliczenie wpłaty*.
- ⁵ Proszę wpisać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.
- ⁶ Proszę wpisać numer, jeżeli został nadany pracodawcy przed dniem złożenia deklaracji.
- ⁷ Proszę wpisać numer identyfikacji podatkowej, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa.
- ⁸ Proszę wpisać numer REGON, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa. W przypadku posiadania 9-cyfrowego numeru REGON w poz. 6 proszę po dziewiątej cyfrze wpisać pięć zer.
- ⁹ Proszę wpisać pełną nazwę albo imię i nazwisko pracodawcy. Pozycję 7 proszę 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.
- ¹⁰ W przypadku korzystania z telefonu proszę wpisać dziewięciocyfrowy numer telefonu w poz. 14.
- ¹¹ Proszę wypełnić w przypadku korzystania z poczty elektronicznej.
- ¹² Proszę w odpowiednich polach wstawić znak „X”.
- ¹³ Przeciętne miesięczne wynagrodzenie w gospodarce narodowej w poprzednim kwartale od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w formie komunikatu w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 291, z późn. zm.).
- ¹⁴ Kwoty wykazywane w poz. 21, 23 i 24 zaokrągla się do pełnych złotych w ten sposób, że końcówki kwot wynoszące mniej niż 50 groszy pomija się, a końcówki kwot wynoszące 50 i więcej groszy podwyższa się do pełnych złotych.
- ¹⁵ Poz. 21 = 15 × poz. 20.
- ¹⁶ Proszę wskazać podstawę prawną zaniechania poboru, umorzenia, rozłożenia na raty lub odroczenia terminu płatności wpłat (z mocy prawa lub w drodze ostatecznej decyzji). Proszę wpisać dane w formacie: przepis (odpowiednio artykuł, paragraf, ustęp, punkt i litera) / rok – pozycja Dziennika Ustaw, w którym został opublikowany akt prawny zawierający przepis, na podstawie którego wpłata za miesiąc z poz. 2 została objęta zaniechaniem poboru, umorzeniem, rozłożeniem na raty lub odroczeniem terminu płatności wpłat.
- ¹⁷ Proszę wpisać wyłącznie kwotę wpłaty objętą zaniechaniem poboru lub umorzeniem przed dniem złożenia deklaracji. Poz. 23 ≤ poz. 21. Jeżeli pracodawca nie skorzystał z zaniechania poboru lub umorzenia wpłaty z poz. 21 przed dniem złożenia deklaracji, to poz. 23 = 0.
- ¹⁸ Poz. 24 = poz. 21 – poz. 23.
- ¹⁹ Proszę wpisać dane osoby uprawnionej lub upoważnionej do reprezentowania pracodawcy w przypadku wypełniania deklaracji przez tę osobę, a nie osobiście przez pracodawcę.
- ²⁰ Podpis osoby z poz. 25, a w przypadku niewypełnienia poz. 25 – podpis pracodawcy. Po podpisaniu deklaracji podpisem elektronicznym poz. 26 jest wypełniana automatycznie imieniem i nazwiskiem osoby, która użyła tego podpisu.

Objaśnienia do formularza DEK-R

- ¹ Deklarację DEK-R składa się w formie dokumentu elektronicznego.
- ² Zarząd PFRON mieści się pod adresem: al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.
- ³ Proszę w odpowiednim polu wstawić znak „X”.
- ⁴ Proszę wpisać rok zaistnienia zdarzenia skutkującego powstaniem zobowiązania z tytułu wpłat, wskazanego w części *Rozliczenie wpłaty*.
- ⁵ Proszę wpisać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.
- ⁶ Proszę wpisać numer, jeżeli został nadany pracodawcy przed dniem złożenia deklaracji.
- ⁷ Proszę wpisać numer identyfikacji podatkowej, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa.
- ⁸ Proszę wpisać numer REGON, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa. W przypadku posiadania 9-cyfrowego numeru REGON w poz. 6 proszę po dziewiątej cyfrze wpisać pięć zer.
- ⁹ Proszę wpisać pełną nazwę albo imię i nazwisko pracodawcy. Pozycję 7 proszę 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.
- ¹⁰ W przypadku korzystania z telefonu proszę wpisać dziewięciocyfrowy numer telefonu w poz. 14.
- ¹¹ Proszę wypełnić w przypadku korzystania z poczty elektronicznej.
- ¹² Proszę zaznaczyć zdarzenia i stany prawne, które dotyczyły pracodawcy w poszczególnych miesiącach roku sprawozdawczego.
- ¹³ Proszę zaznaczyć, jeżeli w danym miesiącu pracodawca był zwolniony z wpłat na podstawie art. 21 ust. 2, 2a, 2b lub 2e ustawy (składał informację INF-1 zamiast deklaracji DEK-1-0, DEK-1-a i DEK-1-b).
- ¹⁴ Zaznacza pracodawca, który nie składał deklaracji z uwagi na to, że nie podlegał obowiązkowi wpłat wykazywanych w deklaracjach DEK-1-0, DEK-1-a ani DEK-1-b. Proszę zaznaczyć np. gdy przeciętne miesięczne zatrudnienie ogółem pracowników w etatach – obliczone po pomniejszeniach, o których mowa w art. 21 ust. 5 ustawy – było niższe od 25 (dotyczy to także okresów nieposiadania statusu pracodawcy).
- ¹⁵ Zaznacza pracodawca, który nie składał deklaracji z uwagi na to, że nie podlegał obowiązkowi wpłat wykazywanych w deklaracjach DEK-2-a, DEK-2-b, DEK-2-u ani DEK-W.
- ¹⁶ Kwoty wykazywane w poz. 16–19 zaokrągla się do pełnych złotych w ten sposób, że końcówki kwot wynoszące mniej niż 50 groszy pomija się, a końcówki kwot wynoszące 50 i więcej groszy podwyższa się do pełnych złotych.
- ¹⁷ Proszę wpisać sumę kwot do zapłaty, które pracodawca był zobowiązany wykazać w deklaracjach DEK-1-0, DEK-1-a, DEK-1-b, DEK-2-a, DEK-2-b, DEK-2-u lub DEK-W za okresy od stycznia do grudnia roku z poz. 2.
- ¹⁸ Proszę wpisać kwotę z poz. 16 w części wpłaconej do PFRON (bez odsetek).
- ¹⁹ Poz. 18 = poz. 17 – poz. 16. Jeżeli poz. 18 < 0, to proszę wpisać 0.
- ²⁰ Poz. 19 = poz. 16 – poz. 17. Jeżeli poz. 19 < 0, to proszę wpisać 0.
- ²¹ Proszę wpisać dane osoby uprawnionej lub upoważnionej do reprezentowania pracodawcy w przypadku wypełniania deklaracji przez tę osobę, a nie osobiście przez pracodawcę.
- ²² Podpis osoby z poz. 20, a w przypadku niewypełnienia poz. 20 – podpis pracodawcy. Po podpisaniu deklaracji podpisem elektronicznym poz. 21 jest wypełniana automatycznie imieniem i nazwiskiem osoby, która użyła tego podpisu.

WZÓR

Deklaracja wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych — deklaracja ewidencyjna



DEK-Z

Tę deklarację sporządza pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 1, 2a, 2b i 2g, art. 22b, art. 23, art. 29 ust. 3a¹, 3b, 3c i 3g, art. 31 ust. 3 pkt 1 lit. a, art. 33 ust. 4a, 4a¹, 4c, 7 i 7a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573), zwanej dalej „ustawą”, lub art. 38 ust. 2 pkt 1 lit. a tiret pierwsze ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1128, z późn. zm.), obowiązany do wpłaty na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) za okres wpisany w pozycji 3. Składa się ją¹ do PFRON² nie później niż 20. dnia miesiąca następującego po miesiącu z poz. 3. Obowiązek ten wynika z art. 49 ust. 2 ustawy. Deklarację DEK-Z składa się wraz z deklaracją DEK-1-0, DEK-1-a, DEK-1-b, DEK-2-a, DEK-2-b, DEK-2-u, DEK-2-w lub DEK-R. Można nie składać deklaracji DEK-Z, jeżeli nie zmieniły się dane wykazane we wcześniejszej deklaracji DEK-Z lub w informacji INF-Z³.

To jest deklaracja⁴ zgłoszeniowa / aktualizacyjna z dnia⁵ (2) _____ - ____ - ____ za okres⁶ (3) _____ - ____ - ____ ,
składana wraz z deklaracją⁷ (4) _____.

Dane pracodawcy

Numer w rejestrze PFRON:⁸ (5) _____ NIP:⁹ (6) _____ REGON:¹⁰ (7) _____

Pracodawca:¹¹ (8) _____ Ulica: (9) _____

Nr domu: (10) _____ Nr lokalu: (11) _____ Miejscowość: (12) _____ Kod pocztowy: (13) _____

Poczta: (14) _____ Telefon: (15) _____ E-mail: (16) _____

Adres do korespondencji¹⁴

Adresat:¹⁵ (17) _____ Ulica: (18) _____

Nr domu: (19) _____ Nr lokalu: (20) _____ Miejscowość: (21) _____ Kod pocztowy: (22) _____

Poczta: (23) _____ Telefon: (24) _____ E-mail: (25) _____

Dodatkowe informacje o pracodawcy¹⁶

Typ pracodawcy:¹⁷ (26) _____ Struktura pracodawcy:¹⁸ (27) _____ Stan pracodawcy:¹⁹ (28) _____ Identyfikator adresu:²⁰ (29) _____

Status pracodawcy:²¹ (30) _____ Data wydania decyzji:²² (31) _____ - ____ - ____ Data uzyskania statusu:²³ (32) _____ - ____ - ____

Data utraty statusu:²⁴ (33) _____ - ____ - ____ Dysponowanie zakładowym funduszem:²⁵ (34) _____ Bycie podmiotem pomocy:²⁶ (35) _____

Forma prawna:²⁷ (36) _____ Szczególna forma prawna:²⁸ (37) _____ Forma własności:²⁹ (38) _____ Wielkość:³⁰ (39) _____ PKD:³¹ (40) _____

Pełna nazwa organu rejestrowego³² (41) _____ Data rejestracji³³ (42) _____ - ____ - ____

Nazwa rejestru lub ewidencji³³ (43) _____ Numer w rejestrze lub ewidencji (44) _____

Podleganie obowiązkowi wpłat na PFRON

Okres, za który po raz pierwszy pracodawca podlegał obowiązkowi wpłat:³⁴ (45) _____ - ____ - ____ Podstawa prawna obowiązku wpłat:³⁵ (46) _____

Osoba odpowiedzialna za kontakty z PFRON

Imię i nazwisko: (47) _____ Telefon:¹² (48) _____ E-mail:¹³ (49) _____

Uwagi

Oświadczenia końcowe

Oświadczam, że znam przepisy dotyczące wpłat na PFRON. Dane zawarte w deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Imię i nazwisko osoby upoważnionej:³⁶ (50) _____ Podpis:³⁷ (51) _____

Objaśnienia do formularza DEK-Z

- ¹ Deklarację DEK-Z składa się w formie dokumentu elektronicznego.
- ² Zarząd PFRON mieści się pod adresem: al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.
- ³ Informacja miesięczna o zatrudnieniu, kształceniu lub o działalności na rzecz osób niepełnosprawnych – informacja ewidencyjna składana na podstawie art. 21 ust. 2f ustawy.
- ⁴ Proszę w odpowiednim polu wstawić znak „X”.
- ⁵ Proszę wpisać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.
- ⁶ Proszę wpisać okres sprawozdawczy taki sam, jak w poz. 2 deklaracji DEK-1-0, DEK-1-a, DEK-1-b, DEK-2-a, DEK-2-b, DEK-2-u, DEK-W lub DEK-R, z którą składają Państwo tę deklarację. Proszę wpisać datę w formacie: rok-miesiąc.
- ⁷ W poz. 4 proszę wpisać kod deklaracji, wraz z którą jest składana ta deklaracja DEK-Z: 10 – dla deklaracji DEK-1-0, 1a – dla deklaracji DEK-1-a, 1b – dla deklaracji DEK-1-b, 2a – dla deklaracji DEK-2-a, 2b – dla deklaracji DEK-2-b, 2u – dla deklaracji DEK-2-u, 0W – dla deklaracji DEK-W albo 0R – dla deklaracji DEK-R.
- ⁸ Proszę wpisać numer, jeżeli został nadany pracodawcy przed dniem złożenia deklaracji.
- ⁹ Proszę wpisać numer identyfikacji podatkowej, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa.
- ¹⁰ Proszę wpisać numer REGON, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa. W przypadku posiadania 9-cyfrowego numeru REGON w poz. 7 proszę po dziewiątej cyfrze wpisać pięć zer.
- ¹¹ Proszę wpisać pełną nazwę albo imię i nazwisko pracodawcy. Pozycję 8 proszę 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.
- ¹² W przypadku korzystania z telefonu proszę wpisać dziewięciocyfrowy numer telefonu.
- ¹³ Proszę wypełnić w przypadku korzystania z poczty elektronicznej.
- ¹⁴ Poz. 17–25 proszę wypełnić, jeżeli adres, na który PFRON ma kierować korespondencję do pracodawcy, jest inny niż adres wykazany w części *Dane pracodawcy*.
- ¹⁵ Proszę wpisać odpowiednio imię i nazwisko osoby lub nazwę podmiotu, do których należy kierować korespondencję do pracodawcy. Pozycję 17 proszę 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.
- ¹⁶ Poz. 41–44 wypełnia się, jeżeli obowiązek wykazania pracodawcy w ewidencji lub rejestrze wynika z przepisów prawa.
- ¹⁷ Kod typu pracodawcy składa się z dwóch znaków.

Pierwszy dotyczy podstawowego typu 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 – jednostka organizacyjna zajmująca się statutowo ochroną dóbr kultury uznanych za pomnik historii, A11 – inna jednostka organizacyjna zajmująca się statutowo ochroną dóbr kultury uznanych za pomnik historii, 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 preadopcynny, B16 – klub dziecięcy, B17 – publiczne przedszkole, B18 – niepubliczne przedszkole, B19 – publiczne inne formy wychowania przedszkolnego, B20 – niepubliczne inne formy wychowania przedszkolnego, 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 opieka nad osobami niepełnosprawnymi, 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, ZZZ – inny pracodawca, podmiot lub inna osoba.

Drugi znak dotyczy uzupełniającego typu pracodawcy: 1 – podmiot publiczny w rozumieniu art. 3 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2020 r. poz. 1062), 2 – podmiot inny niż publiczny realizujący zadanie finansowane z udziałem środków publicznych lub zamówienie publiczne, 3 – niewymieniony w 1 ani 2 przedsiębiorca lub organizację pozarządową, o których mowa w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2020 r. poz. 1057, z późn. zm.), 0 – inny pracodawca.

¹⁸ Proszę 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.

¹⁹ Kod stanu pracodawcy składa się z trzech znaków. Pierwszy dotyczy stanu, w którym znajduje się pracodawca: 1 – w likwidacji, 2 – w upadłości obejmującej likwidację majątku upadłego, 3 – w upadłości z możliwością zawarcia układu, 0 – inny. Drugi znak dotyczy tego, czy stan ten powstał w okresie z poz. 3: 0 – nie, 1 – tak. Trzeci znak dotyczy tego, czy stan ten dobiegł końca w okresie z poz. 3: 0 – nie, 1 – tak.

²⁰ Proszę wpisać pełne, siedmiocyfrowe oznaczenie gminy, na obszarze której pracodawca ma odpowiednio siedzibę lub ostatnie 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 terytorialny gmin dostępne są na stronie internetowej Głównego Urzędu Statystycznego.

²¹ Kod statusu pracodawcy składa się z trzech znaków. Pierwszy znak dotyczy przynależności pracodawcy do podmiotów otwartego lub chronionego rynku pracy: 1 – pracodawca prowadzący zakład pracy chronionej, 2 – zakład aktywności zawodowej, 3 – organizator zakładu aktywności zawodowej będący pracodawcą pracowników zatrudnionych w zakładzie aktywności zawodowej, 0 – inny pracodawca.

Jeżeli przynależność pracodawcy do jednej z grup oznaczonych kodami 1–3 uległa zmianie w trakcie okresu sprawozdawczego, to proszę podać kod ostatniej przynależności pracodawcy. Drugi znak dotyczy tego, czy status ten został nabyty z dniem przypadającym w okresie z poz. 3: 0 – nie, 1 – tak. Trzeci znak dotyczy tego, czy status o kodzie 1, 2 lub 3 został utracony z dniem przypadającym w okresie z poz. 3: 0 – nie, 1 – tak.

²² Proszę wpisać datę wydania ostatniej decyzji dotyczącej statusu zakładu pracy chronionej lub zakładu aktywności zawodowej, jeżeli drugi lub trzeci znak kodu z poz. 30 to 1. Proszę wpisać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.

²³ Proszę wypełnić poz. 32, jeżeli drugi znak kodu z poz. 30 to 1. Proszę wpisać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.

²⁴ Proszę wypełnić poz. 33, jeżeli trzeci znak kodu z poz. 30 to 1. Proszę wpisać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.

²⁵ Kod dysponowania zakładowym funduszem składa się z trzech znaków. Pierwszy znak dotyczy bycia dysponentem zakładowego funduszu: 1 – dysponent zakładowego funduszu aktywności, 2 – dysponent zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych, 0 – pracodawca niebędący dysponentem zakładowego funduszu aktywności ani zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych. Jeżeli przynależność pracodawcy do jednej z grup oznaczonych kodami 1 lub 2 uległa zmianie w trakcie okresu sprawozdawczego, to proszę podać kod ostatniej przynależności pracodawcy. Drugi znak dotyczy tego, czy stan oznaczony kodem 1 lub 2 w pierwszym znaku w tej pozycji powstał w dniu przypadającym w okresie z poz. 3: 0 – nie, 1 – tak. Trzeci znak dotyczy tego, czy stan oznaczony kodem 1 lub 2 w pierwszym znaku w tej pozycji zakończył się z dniem przypadającym w okresie z poz. 3: 0 – nie, 1 – tak.

²⁶ Kod przynależności pracodawcy do beneficjentów pomocy publicznej składa się z dwóch znaków. Pierwszy znak dotyczy zakresu podlegania zasadom pomocy publicznej: 1 – pracodawca jest podmiotem pomocy publicznej w całości, 2 – pracodawca jest podmiotem pomocy publicznej w części, 0 – pracodawca nie jest podmiotem pomocy publicznej. Drugi znak dotyczy możliwości stosowania szczególnych rozwiązań w związku z sytuacją ekonomiczną pracodawcy: 1 – pracodawca będący podmiotem pomocy publicznej jest w trudnej sytuacji ekonomicznej i spełnia warunki określone w Sekcji 3.1 komunikatu Komisji – Tymczasowe ramy środków pomocy państwa w celu wsparcia gospodarki w kontekście trwającej epidemii COVID-19 (2020/C 91 I/01) (Dz. Urz. UE C 91I z 20.03.2020, str. 1), 2 – pracodawca będący podmiotem pomocy publicznej jest w trudnej sytuacji ekonomicznej i nie spełnia warunków określonych w Sekcji 3.1 komunikatu Komisji, 3 – pracodawca nie jest w trudnej sytuacji ekonomicznej, 0 – pracodawca nie jest podmiotem pomocy publicznej.

²⁷ Proszę wpisać 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.

²⁸ Proszę wpisać kod szczególnej formy prawnej określony w przepisach dotyczących sposobu i metodologii prowadzenia i aktualizacji rejestru podmiotów gospodarki narodowej.

²⁹ 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. Proszę 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.

³⁰ Proszę podać odpowiedni kod. Kod 0 – mikroprzedsiębiorca, kod 1 – przedsiębiorca mały, kod 2 – przedsiębiorca średni, kod 3 – inny przedsiębiorca, kod 4 – pracodawca niebędący przedsiębiorcą. Proszę ustalić wielkość przedsiębiorcy zgodnie ze wspólnotową definicją mikroprzedsiębiorstw, małych i średnich przedsiębiorstw obowiązującą w okresie z poz. 3.

³¹ Proszę wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa. Proszę wpisać klasę rodzaju działalności zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2007 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) (Dz. U. poz. 1885, z późn. zm.).

³² Dotyczy także organów wydających koncesje, zezwolenia, pozwolenia.

³³ Nazwa rejestru lub ewidencji, w których pracodawca jest zarejestrowany, np. Krajowy Rejestr Sądowy, Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej.

³⁴ Proszę wpisać datę w formacie: rok-miesiąc.

³⁵ Proszę wpisać 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-2-a, 2B – jeżeli pracodawca podlega obowiązkowi wpłat deklarowanych w deklaracji DEK-2-b, albo 2U – jeżeli pracodawca podlega obowiązkowi wpłat deklarowanych w deklaracji DEK-2-u.

³⁶ Proszę wpisać dane osoby uprawnionej lub upoważnionej do reprezentowania pracodawcy w przypadku wypełniania deklaracji przez tę osobę, a nie osobiście przez pracodawcę.

³⁷ Podpis osoby z poz. 50, a w przypadku niewypełnienia poz. 50 – podpis pracodawcy. Po podpisaniu deklaracji podpisem elektronicznym poz. 51 jest wypełniana automatycznie imieniem i nazwiskiem osoby, która użyła tego podpisu.