

INF – D – K_z Informacja o wysokości podwyższonych kosztów zatrudnienia osób niepełnosprawnych

Podstawa prawna: Art. 26c ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
 Termin składania: Do dnia 15 lutego roku następującego po roku, którego dotyczy Informacja.

A. Dane ewidencyjne pracodawcy

Nazwa i adres pracodawcy			1. Numer w rejestrze PFRON		
2. REGON		3. NIP		4. Skrócona nazwa pracodawcy	
5. Kod pocztowy		6. Miejscowość		7. Ulica	
			8. Nr domu		9. Nr lokalu

B. Dane o informacji

10. Informacja za rok	11. Informacja <input type="checkbox"/> 1. Zwykła <input type="checkbox"/> 2. Korygująca	12. Numer kolejny załącznika INF-D-K _z
-----------------------	---	---

C. Poniesione podwyższone koszty zatrudnienia osób niepełnosprawnych

Rodzaj kosztów	Kwota poniesionych podwyższonych kosztów		Pracownicy niepełnosprawni, z których zatrudnieniem związane są koszty	
	ogółem	w części nieobjętej innymi formami pomocy	w osobach	w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy
1. Koszty wynikające ze zwiększonego czasu wykonywania czynności pracy przez zatrudnione osoby niepełnosprawne	33. 3984,88	34. 3984,88	35. 1,0	36. 12,0
2. Koszty wynikające z dodatkowego urlopu wypoczynkowego i skróconego czasu pracy	37. 2324,52	38. 2324,52	39. 1,0	40. 12,0
3. Koszty wynikające ze zwolnienia od pracy w celu uczestniczenia w turnusie rehabilitacyjnym	41. _____	42. _____	43. _____	44. _____
4. Koszty wynikające z korzystania przez pracownika z 15-minutowej przerwy w pracy na gimnastykę usprawniającą lub wypoczynk	45. 398,49	46. 398,49	47. 1,0	48. 12,0
5. Koszty wynikające ze zwolnienia od pracy z zachowaniem prawa do wynagrodzenia ¹	49. _____	50. _____	51. _____	52. _____
6. Koszty wynikające ze zwiększonej absencji chorobowej	53. 2767,28	54. 2767,28	55. 1,0	56. 12,0
7. Koszty wynikające ze zwiększonego zużycia materiałów i surowców	57. 1800,00	58. 1800,00	59. 1,0	60. 12,0
8. Koszty zatrudnienia pracowników dotyczące czasu przeznaczanego wyłącznie na pomoc pracownikom niepełnosprawnym	61. _____	62. _____	63. _____	64. _____
9. Koszty adaptacji pomieszczeń	65. _____	66. _____	67. _____	68. _____
10. Koszty adaptacji lub nabycia urządzeń do użytku osób niepełnosprawnych	69. _____	70. _____	71. _____	72. _____
11. Koszty budowy, instalacji lub rozbudowy danego zakładu, które wynikają z zatrudnienia osób niepełnosprawnych ²	73. _____	74. _____	75. _____	76. _____
12. Koszty administracyjne, które wynikają z zatrudnienia osób niepełnosprawnych ²	77. _____	78. _____	79. _____	80. _____
13. Koszty transportowe, które wynikają z zatrudnienia osób niepełnosprawnych ²	81. _____	82. _____	83. _____	84. _____
14. Koszty kwalifikujące się do objęcia pomocą podlegającą kumulacji z kwotami pomocy	85. _____	86. _____	87. _____	88. _____
15. Ryczałtowo ustalona wysokość kosztów	89. _____	90. _____	91. _____	92. _____
16. Ogółem	93. 11275,17	94. 11275,17	95. _____	96. _____

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

75. Data wypełnienia informacji	76. Imię, nazwisko i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej
---------------------------------	---

¹ Dotyczy zwolnień w celu wykonania badań specjalistycznych, zabiegów leczniczych lub usprawniających, a także w celu uzyskania zapewnienia opieki pielęgnacyjnej lub jego naprawy, jeżeli czynności te nie mogą być wykonane poza godzinami pracy.
² Wypełnia pracodawca prowadzący zakład pracy chronionej zatrudniającej co najmniej 50% pracowników zaliczanych do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności