

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

Podstawa a 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	13. 2656,59	14. 2656,59	15. 1,0	16. 12,0
2. Koszty wynikające z dodatkowego urlopu wypoczynkowego i skróconego czasu pracy	17. _____	18. _____	19. _____	20. _____
3. Koszty wynikające ze zwolnienia od pracy w celu uczestniczenia w turnusie rehabilitacyjnym	21. _____	22. _____	23. _____	24. _____
4. Koszty wynikające z korzystania przez pracownika z 15-minutowej przerwy w pracy na gimnastykę usprawniającą lub wypoczynek	25. 398,49	26. 398,49	27. 1,0	28. 12,0
5. Koszty wynikające ze zwolnienia od pracy z zachowaniem prawa do wynagrodzenia ¹	29. _____	30. _____	31. _____	32. _____
6. Koszty wynikające ze zwiększonej absencji chorobowej	33. 1328,30	34. 1328,30	35. 1,0	36. 12,0
7. Koszty wynikające ze zwiększonego zużycia materiałów i surowców	37. 1200,00	38. 1200,00	39. 1,0	40. 12,0
8. Koszty zatrudnienia pracowników dotyczącego czasu przeznaczanego wyłącznie na pomoc pracownikom niepełnosprawnym	41. _____	42. _____	43. _____	44. _____
9. Koszty adaptacji pomieszczeń	45. _____	46. _____	47. _____	48. _____
10. Koszty adaptacji lub nabycia urządzeń do użytku osób niepełnosprawnych	49. _____	50. _____	51. _____	52. _____
11. Koszty budowy, instalacji lub rozbudowy danego zakładu, które wynikają z zatrudnienia osób niepełnosprawnych ²	53. _____	54. _____	55. _____	56. _____
12. Koszty administracyjne, które wynikają z zatrudnienia osób niepełnosprawnych ²	57. _____	58. _____	59. _____	60. _____
13. Koszty transportowe, które wynikają z zatrudnienia osób niepełnosprawnych ²	61. _____	62. _____	63. _____	64. _____
14. Koszty kwalifikujące się do objęcia pomocą podlegającą kumulacji z kwotami pomocy	65. _____	66. _____	67. _____	68. _____
15. Ryczałtowo ustalona wysokość kosztów	69. _____	70. _____	71. _____	72. _____
16. Ogółem	73. 5583,38	74. 5583,38		

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 zaopiecznia ortopedycznego 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