

INF-D-P Miesięczna informacja o wynagrodzeniach, zatrudnieniu i stopniach niepełnosprawności pracowników niepełnosprawnych

Podstawa prawna: Art. 26a ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
 Składający: Pracodawca, o którym mowa w art. 26a ustawy, któremu przysługuje miesięczne dofinansowanie do wynagrodzeń osób niepełnosprawnych.
 Termin składania: Do 20 dnia miesiąca następującego po miesiącu, którego dotyczy Informacja.
 Adresat: Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.

A. Dane ewidencyjne i adres pracownika¹		1. Numer pracodawcy w rejestrze PFRON 524.8X3050		2. PESEL 66040602332	
3. Numer dowodu osobistego ³		4. NIP 5541040751		5. Nazwisko KOWALSKI	
6. Pierwsze imię JAN		7. Drugie imię KAROL			
8. Województwo ŚLĄSKIE		9. Powiat ŚLĄSKI			
10. Gmina ZABRZE		11. Miejscowość ZABRZE			
12. Kod pocztowy 46-070		13. Poczta ZABRZE		14. Ulica KATOWICKA	
				15. Nr domu 20	
				16. Nr lokalu 7	

B. Dane o informacji		17. Okres sprawozdawczy ²		18. Okres wypłaty wynagrodzenia ⁴		19. Informacja ⁵		20. Numer kolejny informacji	
1. Miesiąc 01		2. Rok 2009		1. Miesiąc 01		2. Rok 2009		☒ 1. Zwytka ☐ 2. Korygująca	
								1	

C. Informacja o stopniu niepełnosprawności, zatrudnieniu i wynagrodzeniu⁶

		Pracownik, u którego stwierdzono chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe lub epilepsję oraz pracownik będący osobą niewidomą zatrudniony u pracodawcy prowadzącego zakład pracy chronionej			Pracownik, u którego nie stwierdzono choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub epilepsji oraz pracownik niebędący osobą niewidomą zatrudniony u pracodawcy prowadzącego zakład pracy chronionej		
Stopień niepełnosprawności	znaczący	umiarkowany	lekki		znaczący	umiarkowany	lekki
Przeciętny miesięczny wymiar czasu pracy ⁸	21. <u> </u>	22. <u> </u>	23. <u> </u>		24. <u> </u>	25. <u> </u>	26. <u>1,000</u>
		Pracownik, u którego stwierdzono chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe lub epilepsję oraz pracownik będący osobą niewidomą zatrudniony u pracodawcy nieprowadzącego zakładu pracy chronionej			Pracownik, u którego nie stwierdzono choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub epilepsji oraz pracownik niebędący osobą niewidomą zatrudniony u pracodawcy nieprowadzącego zakładu pracy chronionej		
Stopień niepełnosprawności	znaczący	umiarkowany	lekki		znaczący	umiarkowany	lekki
Przeciętny miesięczny wymiar czasu pracy ⁸	27. <u> </u>	28. <u> </u>	29. <u> </u>		30. <u> </u>	31. <u> </u>	32. <u> </u>
Zatrudnienie od dnia		2009.01.01			Dofinansowanie stanowi pomoc publiczną		☒ 1. Tak ☐ 2. Nie
Pracownik zatrudniony u pracodawcy wykonującego działalność gospodarczą, u którego wystąpił wzrost netto zatrudnienia ogółem i zatrudnienia pracowników niepełnosprawnych w stosunku do średniego stanu zatrudnienia ogółem i średniego stanu zatrudnienia osób niepełnosprawnych, w okresie 12 miesięcy poprzedzających okres sprawozdawczy ⁹							☒ 1. Tak ☐ 2. Nie
Zatrudnienie pracownika nastąpiło w wyniku rozwiązania umowy o pracę z innym pracownikiem z przyczyn innych niż zdarzenia określone w art. 26b ust. 4 lub art. 26b ust. 5 ¹⁰							☐ 1. Tak ☐ 2. Nie
Kwota pomocy publicznej i pomocy de minimis otrzymanej przez składającego w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą ¹¹							0,00
Minimalne wynagrodzenie ¹²		4276,00			Kwota ustalona na podstawie art. 26a ust. 1 i 1b ustawy ¹³		765,60
Koszty pracy ¹²		1440,15			Pomniejszenia ¹³		0,00
Limit kosztów pracy ¹⁴		4327,61			DO WYPŁATY ¹⁵		765,60

Należy wypełnić wyraźnie piśmem maszynowym lub ręcznie drukowanymi literami czarnymi lub niebieskim kolorem.