

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

Podstawa prawna: Art. 26c 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, 00-628 Warszawa.

A. Dane ewidencyjne i adres pracownika¹		1. Numer pracowniczy w rejestrze PFRON <u>5449X2054</u>		2. PESEL <u>67050702342</u>	
3. Numer dowodu osobistego <u>3541104752</u>		4. NIP <u>3541104752</u>		5. Nazwisko <u>KOWALSKI</u>	
6. Pierwsze imię <u>MIAN</u>		7. Drugie imię <u>PIOTR</u>			
8. Województwo <u>ŚLĄSKIE</u>		9. Powiat <u>ŚLĄSKI</u>			
10. Gmina <u>ZABRZE</u>		11. Miejscowość <u>ZABRZE</u>			
12. Kod pocztowy <u>51 100</u>	13. Poczta <u>ZABRZE</u>	14. Ulica <u>WROCKAŁSKA</u>	15. Nr domu <u>5</u>	16. Nr lokalu <u>6</u>	

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

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						
Stopień niepełnosprawności	znacznym	umiarkowany	lekki	znacznym	umiarkowany	lekki
Przeciętny miesięczny wymiar czasu pracy ⁷	<u>1,00</u>	<u>1,00</u>	<u>1,00</u>	<u>1,00</u>	<u>1,00</u>	<u>1,00</u>
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	znacznym	umiarkowany	lekki	znacznym	umiarkowany	lekki
Przeciętny miesięczny wymiar czasu pracy ⁸	<u>1,00</u>	<u>1,00</u>	<u>1,00</u>	<u>1,00</u>	<u>1,00</u>	<u>4,000</u>
Zatrudnienie od dnia <u>2009.01.01</u>		Dofinansowanie stanowiące 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				☒ 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 ⁹				☐ 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 ¹⁰				<u>0,00</u>		
Minimalne wynagrodzenie ¹⁰		<u>1276,00</u>		Kwota ustalona na podstawie art. 26a ust. 1 i 1b ustawy ¹¹		<u>535,92</u>
Koszty pracy ¹²		<u>1770,15</u>		Pomniejszenia ¹²		<u>0,00</u>
Limit kosztów pracy ¹⁴		<u>1327,61</u>		DO WYPŁATY ¹⁵		<u>535,92</u>

Należy wypełnić wyraźnie pismem maszynowym lub ręcznie drukowanymi literami czarnym lub niebieskim kolorem.