

**INF – WZ** Informacja o zmianach dotyczących spełniania przez pracodawców prowadzących zakłady pracy chronionej albo zakłady aktywności zawodowej warunków określonych w art. 28 i art. 33 ust. 1 i 3 ustawy

**Podstawa prawna:** Art. 30 ust. 4 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.  
**Składający:** Pracodawca prowadzący zakład pracy chronionej lub zakład aktywności zawodowej.  
**Termin składania:** 14 dni od dnia zaistnienia zmian dotyczących spełniania przez pracodawców prowadzących zakłady pracy chronionej albo zakłady aktywności zawodowej warunków określonych w art. 28 i art. 33 ust. 1 i 3 ustawy.  
**Adresat:** Wojewoda właściwy ze względu na siedzibę pracodawcy.

**A. Dane ewidencyjne pracodawcy<sup>1)</sup>**

1. Znak aktualnej decyzji o przyznaniu statusu zakładu pracy chronionej lub zakładu aktywności zawodowej

2. NIP <sup>2)</sup>	3. REGON <sup>2)</sup>	4. Pełna nazwa			
5. Forma prawna(1) <sup>3)</sup>	6. Forma prawna(2) <sup>4)</sup>	7. Forma własności <sup>5)</sup>	8. Wielkość <sup>6)</sup>	9. Identyfikator adresu <sup>7)</sup>	10. PKD <sup>8)</sup>
11. Kod pocztowy	12. Poczta	13. Miejscowość		14. Ulica	
15. Nr domu	16. Nr lokalu	17. Telefon <sup>9)</sup>	18. Faks <sup>9)</sup>	19. E-mail	

**B. Status zakładu pracy chronionej lub zakładu aktywności zawodowej<sup>1)</sup>**

20. Typ zakładu prowadzonego przez pracodawcę  1. Zakład pracy chronionej  2. Zakład aktywności zawodowej

21. Podstawa uzyskania lub utraty statusu	22. Rodzaj decyzji	23. Data wydania decyzji	
<input type="checkbox"/> 1. Decyzja Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych	<input type="checkbox"/> 1. Przyznająca status	24. Znak decyzji	
<input type="checkbox"/> 2. Decyzja wojewody	<input type="checkbox"/> 2. Stwierdzająca utratę statusu	25. Data utraty/uzyskania statusu	

**C. Zmiany w zakresie wywiązywania się przez pracodawcę z obowiązków, o których mowa w art. 28 i art. 33 ust. 1 i 3 ustawy w poszczególnych miesiącach okresu sprawozdawczego (1)<sup>1)</sup>**

Zmiana dotyczy:	W pierwszym półroczu		styczeń	Luty	marzec	kwiecień	maj	czerwiec				
	W drugim półroczu		lipiec	sierpień	wrzesień	październik	listopad	grudzień				
1) nazwy pracodawcy	26.	<input type="checkbox"/>	27.	<input type="checkbox"/>	28.	<input type="checkbox"/>	29.	<input type="checkbox"/>	30.	<input type="checkbox"/>	31.	<input type="checkbox"/>
2) adresu siedziby pracodawcy	32.	<input type="checkbox"/>	33.	<input type="checkbox"/>	34.	<input type="checkbox"/>	35.	<input type="checkbox"/>	36.	<input type="checkbox"/>	37.	<input type="checkbox"/>
3) ciągłości prowadzenia działalności gospodarczej	38.	<input type="checkbox"/>	39.	<input type="checkbox"/>	40.	<input type="checkbox"/>	41.	<input type="checkbox"/>	42.	<input type="checkbox"/>	43.	<input type="checkbox"/>
4) miejsc prowadzenia działalności	44.	<input type="checkbox"/>	45.	<input type="checkbox"/>	46.	<input type="checkbox"/>	47.	<input type="checkbox"/>	48.	<input type="checkbox"/>	49.	<input type="checkbox"/>
5) formy prawnej działalności	50.	<input type="checkbox"/>	51.	<input type="checkbox"/>	52.	<input type="checkbox"/>	53.	<input type="checkbox"/>	54.	<input type="checkbox"/>	55.	<input type="checkbox"/>
6) stanu zatrudnienia ogółem	56.	<input type="checkbox"/>	57.	<input type="checkbox"/>	58.	<input type="checkbox"/>	59.	<input type="checkbox"/>	60.	<input type="checkbox"/>	61.	<input type="checkbox"/>
7) wskaźników zatrudnienia osób niepełnosprawnych	62.	<input type="checkbox"/>	63.	<input type="checkbox"/>	64.	<input type="checkbox"/>	65.	<input type="checkbox"/>	66.	<input type="checkbox"/>	67.	<input type="checkbox"/>
8) utrzymania zatrudnienia pracowników przejętego zakładu pracy chronionej w okresie roku od dnia wydania decyzji, o której mowa w art. 30 ust. 2a ustawy	68.	<input type="checkbox"/>	69.	<input type="checkbox"/>	70.	<input type="checkbox"/>	71.	<input type="checkbox"/>	72.	<input type="checkbox"/>	73.	<input type="checkbox"/>
9) zapewnienia, by obiekty i pomieszczenia użytkowane przez zakład pracy odpowiadały przepisom i zasadom bezpieczeństwa i higieny pracy	74.	<input type="checkbox"/>	75.	<input type="checkbox"/>	76.	<input type="checkbox"/>	77.	<input type="checkbox"/>	78.	<input type="checkbox"/>	79.	<input type="checkbox"/>
10) zapewnienia, by obiekty i pomieszczenia użytkowane przez zakład pracy uwzględniały potrzeby osób niepełnosprawnych w zakresie przystosowania stanowisk pracy, pomieszczeń higieniczno-sanitarnych i ciągów komunikacyjnych oraz spełniały wymagania dostępności do nich	80.	<input type="checkbox"/>	81.	<input type="checkbox"/>	82.	<input type="checkbox"/>	83.	<input type="checkbox"/>	84.	<input type="checkbox"/>	85.	<input type="checkbox"/>
11) zapewnienia doraźnej i specjalistycznej opieki medycznej, poradnictwa i usług rehabilitacyjnych	86.	<input type="checkbox"/>	87.	<input type="checkbox"/>	88.	<input type="checkbox"/>	89.	<input type="checkbox"/>	90.	<input type="checkbox"/>	91.	<input type="checkbox"/>

**C. Zmiany w zakresie wywiązywania się przez pracodawcę z obowiązków, o których mowa w art. 28 i art. 33 ust. 1 i 3 ustawy w poszczególnych miesiącach okresu sprawozdawczego (2)<sup>1)</sup>**

Zmiana dotyczy:	W pierwszym półroczu		styczeń	luty	marzec	kwiecień	maj	czerwiec
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lipiec	sierpień	wrzesień	październik	listopad	grudzień
12) utworzenia zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	92. <input type="checkbox"/>	93. <input type="checkbox"/>	94. <input type="checkbox"/>	95. <input type="checkbox"/>	96. <input type="checkbox"/>	97. <input type="checkbox"/>
13) prowadzenia rozliczeniowego rachunku bankowego środków funduszu rehabilitacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98. <input type="checkbox"/>	99. <input type="checkbox"/>	100. <input type="checkbox"/>	101. <input type="checkbox"/>	102. <input type="checkbox"/>	103. <input type="checkbox"/>
14) przekazywania środków funduszu rehabilitacji na rachunek bankowy środków funduszu, w terminie 7 dni od dnia ich uzyskania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	104. <input type="checkbox"/>	105. <input type="checkbox"/>	106. <input type="checkbox"/>	107. <input type="checkbox"/>	108. <input type="checkbox"/>	109. <input type="checkbox"/>
15) prowadzenia ewidencji środków funduszu rehabilitacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	110. <input type="checkbox"/>	111. <input type="checkbox"/>	112. <input type="checkbox"/>	113. <input type="checkbox"/>	114. <input type="checkbox"/>	115. <input type="checkbox"/>
16) przeznaczania co najmniej 15% środków funduszu rehabilitacji na indywidualne programy rehabilitacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	116. <input type="checkbox"/>	117. <input type="checkbox"/>	118. <input type="checkbox"/>	119. <input type="checkbox"/>	120. <input type="checkbox"/>	121. <input type="checkbox"/>
17) przeznaczania co najmniej 10% środków funduszu rehabilitacji na pomoc indywidualną dla niepełnosprawnych pracowników i byłych niepracujących niepełnosprawnych pracowników tego zakładu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	122. <input type="checkbox"/>	123. <input type="checkbox"/>	124. <input type="checkbox"/>	125. <input type="checkbox"/>	126. <input type="checkbox"/>	127. <input type="checkbox"/>
18) wydatkowania środków funduszu rehabilitacji wyłącznie z rozliczeniowego rachunku bankowego lub z kasy funduszu w celu ich wypłaty osobom niepełnosprawnym oraz osobom uprawnionym do pomocy indywidualnej ze środków tego funduszu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	128. <input type="checkbox"/>	129. <input type="checkbox"/>	130. <input type="checkbox"/>	131. <input type="checkbox"/>	132. <input type="checkbox"/>	133. <input type="checkbox"/>

**E. Uwagi – opis zmian<sup>10)</sup>**

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

134. Data wypełnienia informacji<sup>11)</sup>

\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

135. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej

**F. Adnotacje**

## Objaśnienia do formularza INF-WZ

- 1) W odpowiednich polach należy wstawić znak „X”.
- 2) Wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa. W przypadku posiadania 9-cyfrowego numeru REGON w poz. 3 należy po dziewiątej cyfrze wpisać pięć zer.
- 3) Należy podać 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.
- 4) Należy podać kod szczególnej formy prawnej stosownie do § 8 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 27 lipca 1999 r. w sprawie sposobu i metodologii prowadzenia i aktualizacji rejestru podmiotów gospodarki narodowej, w tym wzorów wniosków, ankiet i zaświadczeń, oraz szczegółowych warunków i trybu współdziałania służb statystyki publicznej z innymi organami prowadzącymi urzędowe rejestry i systemy informacyjne administracji publicznej (Dz. U. Nr 69, poz. 763, z późn. zm.).
- 5) Forma własności jest określana na podstawie procentowego udziału własności. Jeżeli w akcie nadania REGON nie ma informacji o formie własności, to do opisu należy wykorzystać § 9 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 27 lipca 1999 r. w sprawie sposobu i metodologii prowadzenia i aktualizacji rejestru podmiotów gospodarki narodowej, w tym wzorów wniosków, ankiet i zaświadczeń, oraz szczegółowych warunków i trybu współdziałania służb statystyki publicznej z innymi organami prowadzącymi urzędowe rejestry i systemy informacyjne administracji publicznej. Należy 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.
- 6) Należy podać odpowiedni kod. Wpisując kod, należy brać pod uwagę dane na ostatni dzień roku poprzedzającego rok sprawozdawczy. Kod 0 – mikroprzedsiębiorca, kod 1 – przedsiębiorca mały, kod 2 – przedsiębiorca średni, kod 3 – inny przedsiębiorca, kod 4 – pracodawca niebędący przedsiębiorcą.
- 7) Należy podać pełne, siedmiocyfrowe oznaczenie gminy, na obszarze której pracodawca ma odpowiednio siedzibę lub 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. Nr 157, poz. 1031, z późn. zm.). Identyfikatory terytorialne gmin dostępne są na stronie internetowej Głównego Urzędu Statystycznego.
- 8) Należy wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa. Należy wpisać klasę rodzaju działalności zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2007 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) (Dz. U. Nr 251, poz. 1885, z późn. zm.).
- 9) Należy podać także numer kierunkowy.
- 10) Należy opisać zmiany, wskazując w szczególności ich zakres i datę wystąpienia lub okres trwania. W przypadku zmian wymienionych w pkt 6–8 zgłoszeniu podlegają wyłącznie zmiany powodujące zaprzestanie spełniania warunków, o których mowa odpowiednio w art. 28 ust. 1 pkt 1 lub w art. 30 ust. 2a ustawy.
- 11) Należy podać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.