

DEK – Z**Deklaracja identyfikacyjna pracodawców zobowiązanych do wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

Podstawa prawna:	Art. 49 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
Składający:	Pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 1, 2a, 2b i 2g, art. 23, art. 31 ust. 3 pkt 1 lit. a.
Termin składania:	Do dnia 20 miesiąca następującego po miesiącu, w którym zaistniały okoliczności powodujące powstanie obowiązku wpłat.
Adresat:	Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa, tel. (0-22) 620-03-51.

A. Dane ewidencyjne pracodawcy

A1. Nazwa i adres pracodawcy		1. Numer w rejestrze PFRON		
2. REGON	14 pierwszych cyfr z separatorem	3. NIP	bez separatorów	4. PKD
5. Pełna nazwa pracodawcy				
6. Województwo		7. Powiat		
8. Gmina		9. Miejscowość		
10. Kod pocztowy	11. Poczta	12. Ulica	13. Nr domu	14. Nr lokalu
15. Telefon ¹	16. Faks ¹	17. E-mail		
A2. Adres do korespondencji <i>Wypełnia pracodawca mający inny adres korespondencyjny niż adres wykazany w bloku A.1.</i>				
18. Kod pocztowy	19. Miejscowość	20. Ulica	21. Nr domu	22. Nr lokalu
23. Telefon ¹	24. Faks ¹	25. E-mail		

B. Informacje o deklaracji

26. Deklaracja ²	<input type="checkbox"/> 1. Zgłoszeniowa	<input type="checkbox"/> 2. Aktualizacyjna	27. Za okres	_____ <i>miesiąc-rok</i>
28. Załącznik do deklaracji ²	<input type="checkbox"/> 1. DEK-I-0	<input type="checkbox"/> 2. DEK-I-a	<input type="checkbox"/> 3. DEK-I-b	<input type="checkbox"/> 4. DEK-II
				<input type="checkbox"/> 5. DEK-W

C. Powstanie obowiązku wpłat

29. Okres, za który po raz pierwszy powstał obowiązek wpłat	_____ <i>miesiąc-rok</i>	30. Podstawa prawna powstania obowiązku wpłat
---	-----------------------------	---

D. Organ rejestrowy

31. Pełna nazwa organu rejestrowego ³	
32. Nazwa rejestru	
33. Data rejestracji	34. Numer w rejestrze
____-____-____	

¹ Podać także numer kierunkowy.² W odpowiednim polu wstawić znak X.³ Dotyczy także organów wydających koncesje, zezwolenia, pozwolenia.

E. Forma prawna działalności i forma własności ⁴

35. Forma prawna działalności	36. Forma własności

F. Status zakładu pracy chronionej ²*Wypełnia pracodawca prowadzący zakład pracy chronionej*

37. Podstawa uzyskania lub utraty statusu	38. Rodzaj decyzji	39. Data wydania decyzji	_____
<input type="checkbox"/> 1. Decyzja Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych	<input type="checkbox"/> 1. Przyznająca status	40. Znak decyzji	
<input type="checkbox"/> 2. Decyzja wojewody	<input type="checkbox"/> 2. Stwierdzająca utratę statusu	41. Data uzyskania / / utraty statusu	_____

G. Osoba odpowiedzialna za kontakty z PFRON

42. Imię	43. Nazwisko		
44. Telefon¹	45. Faks¹	46. E-mail	

H. Rachunki bankowe pracodawcy, z których będą dokonywane wpłaty na PFRON

	47. Nazwa banku	48. Pełny numer rachunku bankowego
I		
II		

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

49. Data wypełnienia deklaracji	50. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej

I. Uwagi

--

⁴ Wpisać odpowiedni kod stosownie do § 8 i 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 (Dz. U. Nr 69, poz. 763 oraz z 2001 r. Nr 12, poz. 99).