

WZÓR

INF-2

Informacja roczna o zatrudnieniu, kształceniu lub o działalności na rzecz osób niepełnosprawnych

Podstawa prawna:	Art. 21 ust. 2f ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, zwanej dalej „ustawą”.
Składający:	Pracodawca zwolniony z wpłat na podstawie art. 21 ust. 2, 2a, 2b lub 2e ustawy.
Termin składania:	Do dnia 20 stycznia roku następującego po roku, w którym zaistniały okoliczności powodujące zwolnienie z 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				1. Numer w rejestrze PFRON	
2. REGON		9 pierwszych cyfr		3. NIP	
4. PKD					
5. Pełna nazwa pracodawcy					
6. Kod pocztowy		7. Miejscowość		8. Ulica	
				9. Nr domu	
				10. Nr lokalu	

B. Dane o informacji	
11. Okres sprawozdawczy	
1. Rok	
12. Informacja:	
<input type="checkbox"/> 1. Zwykła <input type="checkbox"/> 2. Korygująca	

C. Składanie informacji za poszczególne miesiące ¹											
	Na podstawie						Na podstawie				
Za miesiąc	Art. 21 ust. 2	Art. 21 ust. 2a	Art. 21 ust. 2b	Art. 21 ust. 2e	Nie dotyczy ²	Za miesiąc	Art. 21 ust. 2	Art. 21 ust. 2a	Art. 21 ust. 2b	Art. 21 ust. 2e	Nie dotyczy ²
styczeń	13. <input type="checkbox"/>	14. <input type="checkbox"/>	15. <input type="checkbox"/>	16. <input type="checkbox"/>	17. <input type="checkbox"/>	lipiec	43. <input type="checkbox"/>	44. <input type="checkbox"/>	45. <input type="checkbox"/>	46. <input type="checkbox"/>	47. <input type="checkbox"/>
luty	18. <input type="checkbox"/>	19. <input type="checkbox"/>	20. <input type="checkbox"/>	21. <input type="checkbox"/>	22. <input type="checkbox"/>	sierpień	48. <input type="checkbox"/>	49. <input type="checkbox"/>	50. <input type="checkbox"/>	51. <input type="checkbox"/>	52. <input type="checkbox"/>
marzec	23. <input type="checkbox"/>	24. <input type="checkbox"/>	25. <input type="checkbox"/>	26. <input type="checkbox"/>	27. <input type="checkbox"/>	wrzesień	53. <input type="checkbox"/>	54. <input type="checkbox"/>	55. <input type="checkbox"/>	56. <input type="checkbox"/>	57. <input type="checkbox"/>
kwiecień	28. <input type="checkbox"/>	29. <input type="checkbox"/>	30. <input type="checkbox"/>	31. <input type="checkbox"/>	32. <input type="checkbox"/>	październik	58. <input type="checkbox"/>	59. <input type="checkbox"/>	60. <input type="checkbox"/>	61. <input type="checkbox"/>	62. <input type="checkbox"/>
maj	33. <input type="checkbox"/>	34. <input type="checkbox"/>	35. <input type="checkbox"/>	36. <input type="checkbox"/>	37. <input type="checkbox"/>	listopad	63. <input type="checkbox"/>	64. <input type="checkbox"/>	65. <input type="checkbox"/>	66. <input type="checkbox"/>	67. <input type="checkbox"/>
czerwiec	38. <input type="checkbox"/>	39. <input type="checkbox"/>	40. <input type="checkbox"/>	41. <input type="checkbox"/>	42. <input type="checkbox"/>	grudzień	68. <input type="checkbox"/>	69. <input type="checkbox"/>	70. <input type="checkbox"/>	71. <input type="checkbox"/>	72. <input type="checkbox"/>

D. Uwagi

Oświadczam, że dane zawarte w informacji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.	
73. Data wypełnienia informacji	74. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>	

INF-2 1/1

¹ Należy w odpowiednich polach wstawić znak X.² Zaznacza pracodawca, który nie składał informacji z uwagi na to, że był zobowiązany do wpłat lub nie podlegał obowiązkowi wpłat (przyczynę należy podać w bloku D).