

## WZÓR

**INF-1-u**

Informacja miesięczna o informacjach o kwocie obniżenia wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Podstawa prawna: Art. 22 ust. 10 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. poz. 721, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”.

Składający: Sprzedający, o którym mowa w art. 22 ust. 1 ustawy, który wystawił informację o kwocie obniżenia wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON).

Termin składania: Do 20. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym sprzedający wystawił informację o kwocie obniżenia wpłat na PFRON.

Adresat: Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.

**A. Dane ewidencyjne pracodawcy**1. Numer w rejestrze PFRON<sup>1</sup>

\_\_\_\_\_

2. NIP <sup>2</sup> _____		3. REGON <sup>2</sup> _____		4. Pracodawca <sup>3</sup> _____		
5. Ulica _____			6. Nr domu _____	7. Nr lokalu _____	8. Miejscowość _____	
9. Kod pocztowy ____-____	10. Poczta _____		11. Telefon <sup>4</sup> _____		12. Faks <sup>4</sup> _____	13. E-mail <sup>5</sup> _____

**B. Dane o informacji**14. Okres sprawozdawczy<sup>6</sup>1. Miesiąc  
\_\_\_\_2. Rok  
\_\_\_\_15. Informacja<sup>7</sup>

- 
1. Zwykła
- 
- 
2. Korygująca

16. Liczba informacji o kwocie obniżenia wpłat<sup>8</sup>

_____
-------

**C. Uwagi**

--

Do niniejszej informacji załączam kopie informacji INF-U, o których mowa w poz. 16. Dane zawarte w informacji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

17. Data wypełnienia informacji <sup>9</sup> ____-____-____	18. Imię i nazwisko osoby upoważnionej <sup>10</sup> _____	19. Podpis <sup>11</sup> _____
--	---	-----------------------------------

INF-1-u 1/1

### Objaśnienia do formularza INF-1-u

Należy wypełnić wyraźnie piśmem maszynowym lub ręcznie drukowanymi literami czarnym lub niebieskim kolorem (nie dotyczy składania informacji w formie dokumentu elektronicznego). W przypadku drukowania lub rozpowszechniania wzoru formularza należy zapewnić miejsce na fotokody.

- <sup>1</sup> Należy wpisać numer, jeżeli został nadany pracodawcy przed dniem złożenia informacji.
- <sup>2</sup> Należy wpisać numer, jeżeli jego nadanie wynika z przepisów prawa. W przypadku posiadania 9-cyfrowego numeru REGON w poz. 3 należy po dziewiątej cyfrze wpisać pięć zer.
- <sup>3</sup> Należy wpisać: pełną nazwę albo firmę albo imię i nazwisko składającego. Poz. 4 należy wypełniać jednolicie w składanych informacjach miesięcznych o informacjach o kwocie obniżenia wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (INF-1-u).
- <sup>4</sup> W poz. 11 należy podać dziewięciocyfrowy numer telefonu (w przypadku korzystania z telefonu). W poz. 12 należy podać dziewięciocyfrowy numer faksu (w przypadku korzystania z faksu).
- <sup>5</sup> Należy wypełnić w przypadku korzystania z poczty elektronicznej.
- <sup>6</sup> Należy wskazać okres sprawozdawczy, w którym wystawiono informacje zwykłe lub korygujące, których liczba została wykazana w poz. 16.
- <sup>7</sup> Należy w odpowiednim polu wstawić znak „X”.
- <sup>8</sup> Należy wykazać ogólną liczbę informacji o kwocie obniżenia wystawionych w okresie sprawozdawczym, których kopie załączono do niniejszej informacji.
- <sup>9</sup> Należy podać datę w formacie rok-miesiąc-dzień.
- <sup>10</sup> Należy wypełnić w przypadku składania informacji przez osobę upoważnioną.
- <sup>11</sup> Podpis osoby, której imię i nazwisko zostały wpisane w poz. 18, a w przypadku niewypełnienia poz. 18 – podpis pracodawcy. Złożenie podpisu wykraczającego poza poz. 19 nie powoduje nieważności informacji.