# 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<br>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

***Wypełnia pracodawca mający inny adres korespondencyjny niż adres wykazany w bloku A.1.***

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **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] | ❑ **1. Zgłoszeniowa** ❑ **2. Aktualizacyjna** | **27. Za okres** | *miesiąc-rok* |
| **28. Załącznik do deklaracji** [2] | ❑ **1. DEK-I-0** ❑ **2. DEK-I-a** ❑ **3. DEK-I-b** ❑ **4. DEK-II** ❑ **5. DEK-W** | | |

## C. Powstanie obowiązku wpłat

| | |
|---|---|
| **29. Okres, za który po raz pierwszy powstał obowiązek wpłat** *miesiąc-rok* | **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.