

982

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA PRACY I POLITYKI SOCJALNEJ

z dnia 4 grudnia 1998 r.

w sprawie określenia wzorów zgłoszeń do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego, imiennych raportów miesięcznych i imiennych raportów miesięcznych korygujących, zgłoszeń płatnika, deklaracji rozliczeniowych i deklaracji rozliczeniowych korygujących oraz innych dokumentów.

Na podstawie art. 49 ust. 2 i 4 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. Nr 137, poz. 887) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Określa się wzory dokumentów:

- 1) zgłoszenie do ubezpieczeń/zgłoszenie zmiany danych osoby ubezpieczonej — o symbolu ZUS ZUA, stanowiące załącznik nr 1 do rozporządzenia,
 - 2) zgłoszenie danych o członkach rodziny, których adres zamieszkania jest zgodny z adresem zamieszkania ubezpieczonego, dla celów ubezpieczenia zdrowotnego — o symbolu ZUS ZCZA, stanowiące załącznik nr 2 do rozporządzenia,
 - 3) zgłoszenie danych o członkach rodziny, których adres zamieszkania nie jest zgodny z adresem zamieszkania ubezpieczonego, dla celów ubezpieczenia zdrowotnego — o symbolu ZUS ZCNA, stanowiące załącznik nr 3 do rozporządzenia,
 - 4) zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego/zgłoszenie zmiany danych — o symbolu ZUS ZZA stanowiące załącznik nr 4 do rozporządzenia,
 - 5) zgłoszenie zmiany danych identyfikacyjnych osoby ubezpieczonej — o symbolu ZUS ZIUA, stanowiące załącznik nr 5 do rozporządzenia,
 - 6) wyrejestrowanie z ubezpieczeń/kontynuowanie ubezpieczeń — o symbolu ZUS ZWUA, stanowiące załącznik nr 6 do rozporządzenia,
 - 7) raport imienny dla płatników uprawnionych do wypłaty świadczeń z ubezpieczenia chorobowego — o symbolu ZUS RCA, stanowiący załącznik nr 7 do rozporządzenia,
 - 8) raport imienny dla płatników nie uprawnionych do wypłaty świadczeń z ubezpieczenia chorobowego — o symbolu ZUS RNA, stanowiący załącznik nr 8 do rozporządzenia,
 - 9) raport imienny o należnych składkach na ubezpieczenie zdrowotne — o symbolu ZUS RZA, stanowiący załącznik nr 9 do rozporządzenia,
 - 10) raport imienny o wypłaconych świadczeniach i przerwach w opłacaniu składek — o symbolu ZUS RSA, stanowiący załącznik nr 10 do rozporządzenia,
 - 11) raport imienny o wypłaconych świadczeniach, przerwach w opłacaniu składek oraz informacjach niezbędnych do uznania okresów pracy za okresy pracy górniczej — o symbolu ZUS RGA, stanowiący załącznik nr 11 do rozporządzenia,
 - 12) raport miesięczny dla osoby ubezpieczonej — o symbolu ZUS RMUA, stanowiący załącznik nr 12 do rozporządzenia,
 - 13) zgłoszenie/zmiana danych płatnika składek — osoby prawnej lub jednostki organizacyjnej nie posiadającej osobowości prawnej — o symbolu ZUS ZPA, stanowiące załącznik nr 13 do rozporządzenia,
 - 14) zgłoszenie/zmiana danych płatnika składek — osoby fizycznej — o symbolu ZUS ZFA, stanowiące załącznik nr 14 do rozporządzenia,
 - 15) zgłoszenie zmiany danych identyfikacyjnych płatnika składek — o symbolu ZUS ZIPA, stanowiące załącznik nr 15 do rozporządzenia,
 - 16) wyrejestrowanie płatnika składek — o symbolu ZUS ZWPA, stanowiące załącznik nr 16 do rozporządzenia,
 - 17) informacja o numerach rachunków bankowych płatnika składek — o symbolu ZUS ZBA, stanowiąca załącznik nr 17 do rozporządzenia,
 - 18) adresy prowadzenia działalności gospodarczej przez płatnika składek — o symbolu ZUS ZAA, stanowiące załącznik nr 18 do rozporządzenia,
 - 19) deklaracja rozliczeniowa — o symbolu ZUS DRA, stanowiąca załącznik nr 19 do rozporządzenia.
2. Dla imiennych raportów miesięcznych korygujących ustala się odpowiednio te same wzory, o których mowa w ust. 1 pkt 7—12.
3. Dla deklaracji rozliczeniowej korygującej ustala się ten sam wzór, o którym mowa w ust. 1 pkt 19.

§ 2. Dokumenty, o których mowa w § 1, wypełnia się przy użyciu kodów określonych w załączniku nr 20 do rozporządzenia.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 1999 r.

Minister Pracy i Polityki Socjalnej: *L. Komotowski*

Załączniki do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 4 grudnia 1998 r. (poz. 982)

Załącznik nr 1

PŁATNIK WYPELNIJA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RECZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM, PRZED WYPELNIENIEM ZAOPZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZUA	strona: 1	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ	
-----------------------------------	----------------	------------------	---	--

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH I DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO ¹⁾ 02. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH ¹⁾ 03. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych) ²⁾

04. Data nadania (dd / mm / rrrr) 05. Nalepka "R"

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. NIP (wpisać bez kresek) 02. REGON

03. PESEL INNY NUMER

04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2 05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze 09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ

01. PESEL 02. NIP (wpisać bez kresek) 03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04) 04. Seria i numer dokumentu

05. Nazwisko

06. Imię pierwsze 07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ

01. Imię drugie

02. Nazwisko ródowe

03. Obywatelstwo

04. Płeć (wpisać: K - kobieta, M - mężczyzna)

05. Czy cudzoziemiec posiada kartę stałego pobytu? Jeśli TAK, wpisać X. 06. Czy cudzoziemiec posiada kartę czasowego pobytu wydaną w związku z udzieleniem statusu uchodźcy? Jeśli TAK, wpisać X.

V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA

01. Kod tytułu ubezpieczenia ^{3) 4)} 02. Okres, na jaki orzeczony został stopień niepełnosprawności (dd / mm / rrrr)

VI. DANE O OBOWIĄZKOWYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH

01. Wymiar czasu pracy 02. Data powstania obowiązku ubezpieczeń (dd / mm / rrrr)

Osoba zgłaszana podlega ubezpieczeniom: (wpisać X w odpowiednim polu)

03. Emerytalnemu 05. Chorobowemu

04. Rentowym 06. Wypadkowemu

VII. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

01. Data powstania obowiązku ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)

VIII. DANE O DOBROWOLNYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH

Wnoszę o objęcie ubezpieczeniami: (wpisać X w odpowiednim polu)

01. Emerytalnym 03. Rentowymi 05. Chorobowym

02. Od dnia (dd / mm / rrrr) 04. Od dnia (dd / mm / rrrr) 06. Od dnia (dd / mm / rrrr)

IX. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

01. Data rozpoczęcia ubezpieczenia ⁵⁾ (dd / mm / rrrr) 02. Kwota pierwszej składki ⁶⁾ zł / gr

X. INNE DANE O OSOBIE ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ

01. Jestem spokrewniony(a) / spowinowacony(a) z Pracodawcą / Zleceniodawcą / Osobą prowadzącą pozarolniczą działalność. Jeśli TAK, wpisać kod pokrewieństwa / powinowactwa ³⁾ 02. Pozostaję we wspólnym gospodarstwie domowym z Pracodawcą / Zleceniodawcą / Osobą prowadzącą pozarolniczą działalność. Jeśli TAK, wpisać X.

03. Kod stopnia niezdolności do pracy ³⁾ 04. Okres, na jaki orzeczony został stopień niezdolności do pracy (dd / mm / rrrr) 05. Kod wykonywanego zawodu ³⁾

06. Kod stanowiska / pracy górniczej ³⁾ 07. Okres pracy górniczej 08. Kod wykształcenia ³⁾

PLATNIK WYPELNIJA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM. PRZED WYPELNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZUA	strona: 2	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ
-----------------------------------	---------	-----------	---

X. INNE DANE O OSOBE ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ c.d.
09. Kod pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze³⁾ 10. Okres pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze (dd / mm / rrrr)

XI. DANE O KASIE CHORYCH

01. Kod kasy³⁾ 02. Nazwa kasy⁷⁾ 03. Data przystąpienia do kasy (dd / mm / rrrr)

XII. ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU

01. Kod pocztowy 02. Miejscowość
03. Gmina
04. Ulica
05. Numer domu 06. Numer lokalu
07. Numer telefonu 08. Numer faksu

XIII. ADRES ZAMIESZKANIA (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu)

01. Kod pocztowy 02. Miejscowość
03. Gmina
04. Ulica
05. Numer domu 06. Numer lokalu
07. Numer telefonu 08. Numer faksu

XIV. ADRES DO KORESPONDENCJI (wpisać, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu i adres zamieszkania)

01. Kod pocztowy 02. Miejscowość
03. Ulica
04. Numer domu 05. Numer lokalu
06. Skrytka pocztowa 07. Numer telefonu 08. Numer faksu
09. Adres poczty elektronicznej

XV. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęć płatnika

XVI. OŚWIADCZENIE OSOBY ZGŁASZANEJ / ZGŁOSZONEJ DO UBEZPIECZENIA

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

01. Podpis osoby zgłaszanej / zgłoszonej do ubezpieczenia

XVII. ADNOTACJE ZUS

- 1) Wpisać X w odpowiednim polu.
- 2) W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZIUA.
- 3) Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji.
- 4) Dla określonego kodu tytułu ubezpieczenia należy wypełnić formularz ZUS ZBA.

- 5) Data wynikająca z umowy zawartej przez osobę zgłaszającą z kasą chorych.
- 6) Kwota wynikająca z umowy zawartej przez osobę zgłaszającą z kasą chorych.
- 7) Wpisać nazwę kasy chorych zgodnie z instrukcją.

PLATNIK WYPEŁNIA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM. PRZED WYPEŁNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZCZA	strona: 1	ZGŁOSZENIE DANYCH O CZŁONKACH RODZINY, KTÓRYCH ADRES ZAMIESZKANIA JEST ZGODNY Z ADRESEM ZAMIESZKANIA UBEZPIECZONEGO, DLA CELÓW UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO
--------------------------------	----------	-----------	--

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK	I. DANE ORGANIZACYJNE			
	01. Data nadania (dd / mm / rrrr)	02. Nalepka "R"		
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK	01. NIP (wpisać bez kresek)		02. REGON	
	03. PESEL	INNY NUMER	05. Seria i numer dokumentu	
	04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2			
	06. Nazwa skrócona			
	07. Nazwisko			
	08. Imię pierwsze		09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
	03. PESEL		03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)	
	04. Seria i numer dokumentu			
III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ	02. NIP (wpisać bez kresek)		04. Seria i numer dokumentu	
	05. Nazwisko			
	06. Imię pierwsze		07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
	IV. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ UPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO			
	01. Zgłoszenie nowego członka rodziny (wpisać - 1) / wyrejestrowanie członka rodziny (wpisać - 2)		02. Data uzyskania / utraty uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego przez członka rodziny (dd / mm / rrrr)	
	03. PESEL	04. NIP (wpisać bez kresek)	05. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)	
	06. Seria i numer dokumentu			
IV. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ	07. Nazwisko			
	08. Imię pierwsze		09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
	10. Kod stopnia pokrewieństwa / powinowactwa ¹⁾		11. Czy pozostaje na wyłącznym utrzymaniu osoby ubezpieczonej. Jeśli TAK, wpisać X.	
	12. Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną? Jeśli TAK, wpisać X.		13. Kod stopnia niepełnosprawności ¹⁾	
	V. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ UPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO			
	01. Zgłoszenie nowego członka rodziny (wpisać - 1) / wyrejestrowanie członka rodziny (wpisać - 2)		02. Data uzyskania / utraty uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego przez członka rodziny (dd / mm / rrrr)	
	03. PESEL	04. NIP (wpisać bez kresek)	05. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)	
	06. Seria i numer dokumentu			
	V. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ	07. Nazwisko		
		08. Imię pierwsze		09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)
		10. Kod stopnia pokrewieństwa / powinowactwa ¹⁾		11. Czy pozostaje na wyłącznym utrzymaniu osoby ubezpieczonej. Jeśli TAK, wpisać X.
		12. Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną? Jeśli TAK, wpisać X.		13. Kod stopnia niepełnosprawności ¹⁾

PLATNIK WYPELNIJA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM, PRZED WYPELNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZCZA	strona: 2	ZGŁOSZENIE DANYCH O CZŁONKACH RODZINY, KTÓRYCH ADRES ZAMIESZKANIA JEST ZGODNY Z ADRESEM ZAMIESZKANIA UBEZPIECZONEGO, DLA CEŁÓW UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO
--------------------------------	----------	-----------	--

VI. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ UPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

<input type="checkbox"/> 01. Zgłoszenie nowego członka rodziny (wpisać - 1) / <input type="checkbox"/> wyrejestrowanie członka rodziny (wpisać - 2)	<input type="checkbox"/> 02. Data uzyskania / utraty uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego przez członka rodziny (dd / mm / rrrr)		
03. PESEL	04. NIP (wpisać bez kresek)	05. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)	06. Seria i numer dokumentu
07. Nazwisko			
08. Imię pierwsze			
09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)			
<input type="checkbox"/> 10. Kod stopnia pokrewieństwa / powinowactwa	<input type="checkbox"/> 11. Czy pozostaje na wyłącznym utrzymaniu osoby ubezpieczonej. Jeśli TAK, wpisać X.		
<input type="checkbox"/> 12. Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną? Jeśli TAK, wpisać X.	<input type="checkbox"/> 13. Kod stopnia niepełnosprawności ¹⁾		

VI. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ

VII. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ UPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

<input type="checkbox"/> 01. Zgłoszenie nowego członka rodziny (wpisać - 1) / <input type="checkbox"/> wyrejestrowanie członka rodziny (wpisać - 2)	<input type="checkbox"/> 02. Data uzyskania / utraty uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego przez członka rodziny (dd / mm / rrrr)		
03. PESEL	04. NIP (wpisać bez kresek)	05. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)	06. Seria i numer dokumentu
07. Nazwisko			
08. Imię pierwsze			
09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)			
<input type="checkbox"/> 10. Kod stopnia pokrewieństwa / powinowactwa	<input type="checkbox"/> 11. Czy pozostaje na wyłącznym utrzymaniu osoby ubezpieczonej. Jeśli TAK, wpisać X.		
<input type="checkbox"/> 12. Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną? Jeśli TAK, wpisać X.	<input type="checkbox"/> 13. Kod stopnia niepełnosprawności ¹⁾		

VII. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ

VIII. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczętka płatnika

IX. OŚWIADCZENIE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

01. Podpis osoby ubezpieczonej

X. ADNOTACJE ZUS

¹⁾ Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji.

PLATNIK WYPELNIJA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM. PRZED WYPELNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZCNA	strona: 1	ZGŁOSZENIE DANYCH O CZŁONKACH RODZINY, KTÓRYCH ADRES ZAMIESZKANIA NIE JEST ZGODNY Z ADRESEM ZAMIESZKANIA UBEZPIECZONEGO, DLA CELÓW UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO
--------------------------------	----------	-----------	--

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Data nadania (dd / mm / rrrr)	02. Nalepka "R"
-----------------------------------	-----------------

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. NIP (wpisać bez kresek)	02. REGON
03. PESEL	INNY NUMER
06. Nazwa skrócona	04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2
07. Nazwisko	05. Seria i numer dokumentu
08. Imię pierwsze	09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. PESEL	02. NIP (wpisać bez kresek)	03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)	04. Seria i numer dokumentu
05. Nazwisko			
06. Imię pierwsze		07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	

IV. A. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ UPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

IV. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ UPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

01. Zgłoszenie nowego członka rodziny (wpisać - 1) / wyrejestrowanie członka rodziny (wpisać - 2)	02. Data uzyskania / utraty uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego przez członka rodziny (dd / mm / rrrr)		
03. PESEL	04. NIP (wpisać bez kresek)	05. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)	06. Seria i numer dokumentu
07. Nazwisko			
08. Imię pierwsze		09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
10. Kod stopnia pokrewieństwa / powinowactwa ¹⁾		11. Czy pozostaje na wyłącznym utrzymaniu osoby ubezpieczonej. Jeśli TAK, wpisać X.	
12. Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną? Jeśli TAK, wpisać X.		13. Kod stopnia niepełnosprawności ¹⁾	

IV. B. ADRES ZAMIESZKANIA (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres ubezpieczonego)

01. Kod pocztowy	02. Miejscowość
03. Gmina	
04. Ulica	
05. Numer domu	06. Numer lokalu
07. Numer telefonu	08. Numer faksu

PLATNIK WYPELNIŁ TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RECZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM. PRZED WYPELNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS	ZCNA	strona 2	ZGŁOSZENIE DANYCH O CZŁONKACH RODZINY, KTÓRYCH ADRES ZAMIESZKANIA NIE JEST ZGODNY Z ADRESEM ZAMIESZKANIA UBEZPIECZONEGO, DLA CELÓW UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO
-----------------------------------	-----	------	----------	---

V. A. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ UPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO	
01. Zgłoszenie nowego członka rodziny (wpisać - 1) / wyrejestrowanie członka rodziny (wpisać - 2)	02. Data uzyskania / utraty uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego przez członka rodziny (dd / mm / rrrr)

03. PESEL	04. NIP (wpisać bez kresek)	05. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)	06. Seria i numer dokumentu
-----------	-----------------------------	---	-----------------------------

07. Nazwisko	08. Imię pierwsze	09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)
--------------	-------------------	-------------------------------------

10. Kod stopnia pokrewieństwa / powinowactwa	11. Czy pozostaje na wyłącznym utrzymaniu osoby ubezpieczonej. Jeśli TAK, wpisać X.
--	--

12. Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną? Jeśli TAK, wpisać X.	13. Kod stopnia niepełnosprawności ¹⁾
---	--

V. B. ADRES ZAMIESZKANIA (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres ubezpieczonego)	
---	--

01. Kod pocztowy	02. Miejscowość
------------------	-----------------

03. Gmina	04. Ulica
-----------	-----------

05. Numer domu	06. Numer lokalu
----------------	------------------

07. Numer telefonu	08. Numer faksu
--------------------	-----------------

VI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK	
--	--

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

VII. OŚWIADCZENIE OSOBY UBEZPIECZONEJ	
--	--

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

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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej	01. Podpis osoby ubezpieczonej
--	--------------------------------

03. Pieczęć płatnika

VIII. ADNOTACJE ZUS	
----------------------------	--

1) Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji.	
---	--

V. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ UPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

PŁATNIK WYPELNIJA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM. PRZED WYPELNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJASNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZZA	strona: 1	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH
---------------------------------------	----------------	------------------	---

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO ¹⁾

02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH ²⁾

03. Data nadania (dd / mm / rrrr)

04. Nalepka "R"

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. NIP (wpisać bez kresek)

02. REGON

03. PESEL

04. Rodzaj dokumentu: INNY NUMER (jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2)

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA

01. PESEL

02. NIP (wpisać bez kresek)

03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)

04. Seria i numer dokumentu

05. Nazwisko

06. Imię pierwsze

07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA

01. Imię drugie

02. Nazwisko rodowe

03. Obywatelstwo

04. Płeć (wpisać: K - kobieta, M - mężczyzna)

05. Czy cudzoziemiec posiada kartę stałego pobytu? Jeśli TAK, wpisać X.

06. Czy cudzoziemiec posiada kartę czasowego pobytu wydaną w związku z udzieleniem statusu uchodźczy? Jeśli TAK, wpisać X.

V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA

01. Kod tytułu ubezpieczenia ^{3) 4)}

VI. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

01. Data powstania obowiązku ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)

VII. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

01. Data rozpoczęcia ubezpieczenia ⁵⁾ (dd / mm / rrrr)

02. Kwota pierwszej składki ⁶⁾ zł gr

VIII. DANE O KASIE CHORYCH ⁷⁾

01. Kod kasy ³⁾ 02. Nazwa kasy ⁷⁾

03. Data przystąpienia do kasy (dd / mm / rrrr)

IX. ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU

01. Kod pocztowy 02. Miejscowość

03. Gmina

04. Ulica

05. Numer domu 06. Numer lokalu

07. Numer telefonu 08. Numer faksu

PLATNIK WYPEŁNIA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DROKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM. PRZED WYPEŁNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZENIA
SPOŁECZNYCH

ZUS ZZA

strona: 2

ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO /
ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH

X. ADRES ZAMIESZKANIA (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu)

01. Kod pocztowy 02. Miejscowość

03. Gmina

04. Ulica

05. Numer domu 06. Numer lokalu

07. Numer telefonu 08. Numer faksu

XI. ADRES DO KORESPONDENCJI (wpisać, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu i adres zamieszkania)

01. Kod pocztowy 02. Miejscowość

03. Ulica

04. Numer domu 05. Numer lokalu

06. Skrytka pocztowa 07. Numer telefonu 08. Numer faksu

09. Adres poczty elektronicznej

XII. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęć płatnika

XIII. OŚWIADCZENIE OSOBY ZGŁASZANEJ / ZGŁOSZONEJ DO UBEZPIECZENIA

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

01. Podpis osoby zgłaszanej / zgłoszonej do ubezpieczenia

XIV. ADNOTACJE ZUS

- 1) Wpisać X w odpowiednim polu.
- 2) W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZIUA.
- 3) Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji.
- 4) Dla określonego kodu tytułu ubezpieczenia należy wypełnić formularz ZUS ZBA.

- 5) Data wynikająca z umowy zawartej przez osobę zgłaszającą z kasą chorych.
- 6) Kwota wynikająca z umowy zawartej przez osobę zgłaszającą z kasą chorych.
- 7) Wpisać nazwę kasy chorych zgodnie z instrukcją.

PŁATNIK WYPEŁNIA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOŁOREM, PRZED WYPEŁNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZIUA	ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ
I. DANE ORGANIZACYJNE		
01. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ		
02. Data nadania (dd / mm / rrrr)	03. Nalepka "R"	
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK		
01. NIP (wpisać bez kresek)	02. REGON	
03. PESEL	INNY NUMER 04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2	05. Seria i numer dokumentu
06. Nazwa skrócona		
07. Nazwisko		
08. Imię pierwsze		09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)
III. POPRZEDNIE DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ		
01. PESEL	02. NIP (wpisać bez kresek)	03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)
05. Nazwisko		04. Seria i numer dokumentu
06. Imię pierwsze		07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)
IV. AKTUALNE DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ		
01. PESEL	02. NIP (wpisać bez kresek)	03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)
05. Nazwisko		04. Seria i numer dokumentu
06. Imię pierwsze		07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)
V. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK		VI. OŚWIADCZENIE OSOBY UBEZPIECZONEJ
01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)		
02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej		01. Podpis osoby ubezpieczonej
03. Pieczęćka płatnika		
VII. ADNOTACJE ZUS		

Załącznik nr 6

PLATNIK WYPELNIJA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM. PRZED WYPELNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZWUA	WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ / KONTYNUOWANIE UBEZPIECZEŃ	
--------------------------------	----------	---	--

I. DANE ORGANIZACYJNE		02. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH ¹⁾	03. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃIA ZDROWOTNEGO ¹⁾	04. ZGŁOSZENIE KOREKTY DANYCH O WYREJESTROWANIU Z UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH / UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO ¹⁾
01. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH I UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO ¹⁾				
05. Data nadania (dd / mm / rrrr)		06. Nalepka "R"		

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK		02. REGON
01. NIP (wpisać bez kresek)		
03. PESEL	05. Seria i numer dokumentu	
06. Nazwa skrócona		INNY NUMER
07. Nazwisko		04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2
08. Imię pierwsze		09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY WYREJESTROWYWANEJ Z UBEZPIECZEŃ			
01. PESEL	02. NIP (wpisać bez kresek)	03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)	04. Seria i numer dokumentu
05. Nazwisko			
06. Imię pierwsze		07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	

IV. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ

01. Kod tytułu ubezpieczenia ²⁾	Rodzaje ubezpieczeń (wpisać X w odpowiednim polu)	Od dnia (dd / mm / rrrr)	Kod przyczyny wyrejestrowania ²⁾
	02. Emerytalne	03.	04.
	05. Rentowe	06.	07.
	08. Chorobowe	09.	10.
	11. Wypadkowe	12.	13.
	14. Zdrowotne	15.	16.

V. WNIOSEK O KONTYNUOWANIE UBEZPIECZEŃ

01. Kod tytułu ubezpieczenia ²⁾	02. Data, od której osoba zainteresowana zamierza kontynuować ubezpieczenia emerytalne i rentowe (dd / mm / rrrr)
--	---

VI. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęćka płatnika

VII. OŚWIADCZENIE OSOBY WYREJESTROWYWANEJ Z UBEZPIECZEŃ / KONTYNUUJĄCEJ UBEZPIECZENIA

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

01. Podpis osoby wyrejestrowywanej z ubezpieczeń / kontynuującej ubezpieczenia

VIII. ADNOTACJE ZUS

- 1) Wpisać X w odpowiednim polu.
- 2) Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji.

PLATNIK WYPELNIJA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBISKIM KOLOREM. PRZED WYPELNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJASNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS	RCA	strona: 1	RAPORT IMIENNY DLA PŁATNIKÓW UPRAWNIANYCH DO WYPŁATY ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA CHOROBOWEGO
--------------------------------	-----	-----	-----------	---

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrr) ¹⁾	02. Numer kartki raportu RCA
--	------------------------------

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. NIP (wpisać bez kresek)		02. REGON	
03. PESEL	INNY NUMER		05. Seria i numer dokumentu
04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2			
06. Nazwa skrócona			
07. Nazwisko			
08. Imię pierwsze			09. Data urodzenia (dd / mm / rrr)

III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko		03. Typ ¹⁾ 04. Identyfikator	
02. Imię pierwsze			

III. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE I UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾		02. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe ¹⁾		03. Wymiar czasu pracy																																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 16.6%;">UBEZPIECZENIE</th> <th style="width: 16.6%;">EMERYTALNE</th> <th style="width: 16.6%;">RENTOWE</th> <th style="width: 16.6%;">CHOROBOWE I WYPADKOWE</th> <th style="width: 16.6%;">ZDROWOTNE</th> </tr> <tr> <td>04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI</td> <td>zł, gr</td> <td>zł, gr</td> <td>zł, gr</td> <td>zł, gr</td> </tr> <tr> <td>05. KWOTA SKŁADKI NA PRZEZ:</td> <td>zł, gr</td> <td>zł, gr</td> <td>zł, gr</td> <td>zł, gr</td> </tr> <tr> <td>06. 07. Ubezpieczonego</td> <td>zł, gr</td> <td>08. Ubezpieczonego</td> <td>zł, gr</td> <td>09. Ubezpieczenie chorobowe</td> </tr> <tr> <td>zł, gr</td> <td>zł, gr</td> <td>zł, gr</td> <td>zł, gr</td> <td>10. Ubezpieczenie zdrowotne</td> </tr> <tr> <td>11. Płatnika</td> <td>zł, gr</td> <td>12. Płatnika</td> <td>zł, gr</td> <td>13. Ubezpieczenie wypadkowe</td> </tr> <tr> <td>zł, gr</td> <td>zł, gr</td> <td>zł, gr</td> <td>zł, gr</td> <td>zł, gr</td> </tr> <tr> <td colspan="4">14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składki w ramach pracowniczego programu emerytalnego</td> <td colspan="2">15. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13)</td> </tr> <tr> <td colspan="4">zł, gr</td> <td colspan="2">zł, gr</td> </tr> </table>						UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBOWE I WYPADKOWE	ZDROWOTNE	04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr	05. KWOTA SKŁADKI NA PRZEZ:	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr	06. 07. Ubezpieczonego	zł, gr	08. Ubezpieczonego	zł, gr	09. Ubezpieczenie chorobowe	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr	10. Ubezpieczenie zdrowotne	11. Płatnika	zł, gr	12. Płatnika	zł, gr	13. Ubezpieczenie wypadkowe	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr	14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składki w ramach pracowniczego programu emerytalnego				15. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13)		zł, gr				zł, gr	
UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBOWE I WYPADKOWE	ZDROWOTNE																																																
04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr																																																
05. KWOTA SKŁADKI NA PRZEZ:	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr																																																
06. 07. Ubezpieczonego	zł, gr	08. Ubezpieczonego	zł, gr	09. Ubezpieczenie chorobowe																																																
zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr	10. Ubezpieczenie zdrowotne																																																
11. Płatnika	zł, gr	12. Płatnika	zł, gr	13. Ubezpieczenie wypadkowe																																																
zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr																																																
14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składki w ramach pracowniczego programu emerytalnego				15. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13)																																																
zł, gr				zł, gr																																																

III. C. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA

01. Liczba osób, na które wypłacany jest zasiłek rodzinny	02. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego	zł, gr	03. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego	zł, gr
04. Liczba osób, na które wypłacany jest zasiłek pielęgnacyjny	05. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego	zł, gr	06. Łączna kwota wypłaconych zasiłków (p.02 + p.03 + p.05)	zł, gr

IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko		03. Typ ¹⁾ 04. Identyfikator	
02. Imię pierwsze			

IV. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE I UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾		02. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe ¹⁾		03. Wymiar czasu pracy																																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 16.6%;">UBEZPIECZENIE</th> <th style="width: 16.6%;">EMERYTALNE</th> <th style="width: 16.6%;">RENTOWE</th> <th style="width: 16.6%;">CHOROBOWE I WYPADKOWE</th> <th style="width: 16.6%;">ZDROWOTNE</th> </tr> <tr> <td>04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI</td> <td>zł, gr</td> <td>zł, gr</td> <td>zł, gr</td> <td>zł, gr</td> </tr> <tr> <td>05. KWOTA SKŁADKI NA PRZEZ:</td> <td>zł, gr</td> <td>zł, gr</td> <td>zł, gr</td> <td>zł, gr</td> </tr> <tr> <td>06. 07. Ubezpieczonego</td> <td>zł, gr</td> <td>08. Ubezpieczonego</td> <td>zł, gr</td> <td>09. Ubezpieczenie chorobowe</td> </tr> <tr> <td>zł, gr</td> <td>zł, gr</td> <td>zł, gr</td> <td>zł, gr</td> <td>10. Ubezpieczenie zdrowotne</td> </tr> <tr> <td>11. Płatnika</td> <td>zł, gr</td> <td>12. Płatnika</td> <td>zł, gr</td> <td>13. Ubezpieczenie wypadkowe</td> </tr> <tr> <td>zł, gr</td> <td>zł, gr</td> <td>zł, gr</td> <td>zł, gr</td> <td>zł, gr</td> </tr> <tr> <td colspan="4">14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składki w ramach pracowniczego programu emerytalnego</td> <td colspan="2">15. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13)</td> </tr> <tr> <td colspan="4">zł, gr</td> <td colspan="2">zł, gr</td> </tr> </table>						UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBOWE I WYPADKOWE	ZDROWOTNE	04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr	05. KWOTA SKŁADKI NA PRZEZ:	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr	06. 07. Ubezpieczonego	zł, gr	08. Ubezpieczonego	zł, gr	09. Ubezpieczenie chorobowe	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr	10. Ubezpieczenie zdrowotne	11. Płatnika	zł, gr	12. Płatnika	zł, gr	13. Ubezpieczenie wypadkowe	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr	14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składki w ramach pracowniczego programu emerytalnego				15. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13)		zł, gr				zł, gr	
UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBOWE I WYPADKOWE	ZDROWOTNE																																																
04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr																																																
05. KWOTA SKŁADKI NA PRZEZ:	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr																																																
06. 07. Ubezpieczonego	zł, gr	08. Ubezpieczonego	zł, gr	09. Ubezpieczenie chorobowe																																																
zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr	10. Ubezpieczenie zdrowotne																																																
11. Płatnika	zł, gr	12. Płatnika	zł, gr	13. Ubezpieczenie wypadkowe																																																
zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr																																																
14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składki w ramach pracowniczego programu emerytalnego				15. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13)																																																
zł, gr				zł, gr																																																

IV. C. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA

01. Liczba osób, na które wypłacany jest zasiłek rodzinny	02. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego	zł, gr	03. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego	zł, gr
04. Liczba osób, na które wypłacany jest zasiłek pielęgnacyjny	05. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego	zł, gr	06. Łączna kwota wypłaconych zasiłków (p.02 + p.03 + p.05)	zł, gr

03. Suma kwot na stronie (p. III.B.15 + p. III.C.06 + p. IV.B.15 + p. IV.C.06)	zł, gr
--	--------

PLATNIK WYPELNIŁ TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RECZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM. PRZED WYPELNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS RCA	strona 2	RAPORT IMIENNY DLA PŁATNIKÓW UPRAWNIONYCH DO WYPŁATY ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA CHOROBY
---------------------------------------	----------------	-----------------	---

V. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

V. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ¹⁾ 04. Identyfikator

V. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE I UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia¹⁾

02. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe ¹⁾

03. Wymiar czasu pracy

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBY I WYPADKOWE	ZDROWOTNE	
04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI		zł, gr	05. zł, gr	06. zł, gr	
07. Ubezpieczonego	zł, gr	08. Ubezpieczonego	zł, gr	09. Ubezpieczenie chorobowe	zł, gr
11. Płatnika	zł, gr	12. Płatnika	zł, gr	10. Ubezpieczenie zdrowotne	zł, gr
13. Ubezpieczenie wypadkowe			zł, gr		
14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składki w ramach pracowniczego programu emerytalnego		zł, gr	15. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13)	zł, gr	

V. C. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA

01. Liczba osób, na które wypłacany jest zasiłek rodzinny

02. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego

03. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego

04. Liczba osób, na które wypłacany jest zasiłek pielęgnacyjny

05. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego

06. Łączna kwota wypłaconych zasiłków (p.02 + p.03 + p.05)

VI. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

VI. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ¹⁾ 04. Identyfikator

VI. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE I UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia¹⁾

02. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe ¹⁾

03. Wymiar czasu pracy

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBY I WYPADKOWE	ZDROWOTNE	
04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI		zł, gr	05. zł, gr	06. zł, gr	
07. Ubezpieczonego	zł, gr	08. Ubezpieczonego	zł, gr	09. Ubezpieczenie chorobowe	zł, gr
11. Płatnika	zł, gr	12. Płatnika	zł, gr	10. Ubezpieczenie zdrowotne	zł, gr
13. Ubezpieczenie wypadkowe			zł, gr		
14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składki w ramach pracowniczego programu emerytalnego		zł, gr	15. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13)	zł, gr	

VI. C. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA

01. Liczba osób, na które wypłacany jest zasiłek rodzinny

02. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego

03. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego

04. Liczba osób, na które wypłacany jest zasiłek pielęgnacyjny

05. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego

06. Łączna kwota wypłaconych zasiłków (p.02 + p.03 + p.05)

04. Suma kwot na stronie (p. V.B.15 + p. V.C.06 + p. VI.B.15 + p. VI.C.06)

zł, gr

VII. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

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

03. Pieczętka imienna oraz podpis Głównego Księgowego

04. Pieczętka płatnika

VIII. ADNOTACJE ZUS

¹⁾ Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji.

PLATNIK WYPEŁNIA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM, PRZED WYPEŁNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS RNA	strona: 1	RAPORT IMIENNY DLA PŁATNIKÓW NIE UPRAWNIIONYCH DO WYPŁATY ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA CHOROBY
-----------------------------------	---------	-----------	--

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr) ¹⁾	02. Numer karty raportu RNA
---	-----------------------------

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PŁATNIKA SKŁADEK

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK		
01. NIP (wpisać bez kresek)	02. REGON	
03. PESEL	04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2	05. Seria i numer dokumentu
06. Nazwa skrócona		
07. Nazwisko		
08. Imię pierwsze		09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko		
02. Imię pierwsze		03. Typ ¹⁾
04. Identyfikator		

III. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE I UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾	02. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe ¹⁾			03. Wymiar czasu pracy
	04.		05.	06.
	zł, gr		zł, gr	zł, gr
07. Ubezpieczonego	08. Ubezpieczonego	09. Ubezpieczenie chorobowe	10. Ubezpieczenie zdrowotne	
zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr	
11. Płatnika	12. Płatnika	13. Ubezpieczenie wypadkowe		
zł, gr	zł, gr	zł, gr		
14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego			15. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13)	
zł, gr			zł, gr	

III. C. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA

01. Liczba osób, na które wypłacany jest zasiłek rodzinny	02. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego	zł, gr	03. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego	zł, gr
04. Liczba osób, na które wypłacany jest zasiłek pielęgnacyjny	05. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego	zł, gr	06. Łączna kwota wypłaconych zasiłków (p.02 + p.03 + p.05)	zł, gr

III. D. ZESTAWIENIE SKŁADNIKÓW WYNAGRODZENIA

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Liczba dni przepracowanych	03.	04. Okres od (dd / mm / rrrr)	05. Okres do (dd / mm / rrrr)	06. Kwota	zł, gr
02. Liczba dni wynikających z obowiązku pracy	07.	08.	09.	10.	zł, gr
	11.	12.	13.	14.	zł, gr
	15.	16.	17.	18.	zł, gr
	19.	20.	21.	22.	zł, gr
	23.	24.	25.	26.	zł, gr
	27.	28.	29.	30.	zł, gr
	31.	32.	33.	34.	zł, gr
	35.	36.	37.	38.	zł, gr
	39.	40.	41.	42.	zł, gr

03. Suma kwot na stronie (p.III.B.15 + p.III.C.06 + p.III.D.43)	zł, gr	43. Suma kwot (p.06 + p.10 + p.14 + p.18 + p.22 + p.26 + p.30 + p.34 + p.38 + p.42)	zł, gr
---	--------	---	--------

PŁATNIK WYPEŁNIA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI Drukowanymi literami, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLEJEM. PRZED WYPEŁNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS	RNA	strona: 2	RAPORT IMIENNY DLA PŁATNIKÓW NIE UPRAWNIONYCH DO WYPŁATY ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA CHOROBY
--------------------------------	------------	------------	------------------	---

IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ¹⁾ 04. Identyfikator

IV. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE I UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia¹⁾

02. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe¹⁾

03. Wymiar czasu pracy

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBY I WYPADKOWE	ZDROWOTNE
04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	zł, gr	zł, gr	05. zł, gr	06. zł, gr
KWOTA SKŁADKI FINANSOWANA PRZEZ:	07. Ubezpieczonego	08. Ubezpieczonego	09. Ubezpieczenie chorobowe	10. Ubezpieczenie zdrowotne
	11. Płatnika	12. Płatnika	13. Ubezpieczenie wypadkowe	zł, gr
14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego			15. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13)	

IV. C. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA

01. Liczba osób, na które wypłacany jest zasiłek rodzinny

02. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego

03. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego

04. Liczba osób, na które wypłacany jest zasiłek pielęgnacyjny

05. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego

06. Łączna kwota wypłaconych zasiłków (p.02 + p.03 + p.05)

IV. D. ZESTAWIENIE SKŁADNIKÓW WYNAGRODZENIA

01. Liczba dni przepracowanych	02. Liczba dni wynikających z obowiązku pracy	03. Okres od (dd / mm / rrrr)	04. Okres do (dd / mm / rrrr)	05. Kwota
07.	08.	09.	10.	zł, gr
11.	12.	13.	14.	zł, gr
15.	16.	17.	18.	zł, gr
19.	20.	21.	22.	zł, gr
23.	24.	25.	26.	zł, gr
27.	28.	29.	30.	zł, gr
31.	32.	33.	34.	zł, gr
35.	36.	37.	38.	zł, gr
39.	40.	41.	42.	zł, gr

Kod składnika

04. Suma kwot na stronie (p.IV.B.15 + p.IV.C.06 + p.IV.D.43)

43. Suma kwot (p.06 + p.10 + p.14 + p.18 + p.22 + p.26 + p.30 + p.34 + p.38 + p.42)

IV. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

V. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczętka imienna oraz podpis Głównego Księgowego

04. Pieczętka płatnika

VI. ADNOTACJE ZUS

¹⁾ Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji.

PLATNIK WYPEŁNIA TYLKO POLA JAŚNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM. PRZED WYPEŁNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS RZA	strona: 1	RAPORT IMIENNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE
I. DANE ORGANIZACYJNE			
01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr) ¹⁾		02. Numer kartki raportu RZA	
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK			
01. NIP (wpisać bez kresek)		02. REGON	
03. PESEL		05. Seria i numer dokumentu	
06. Nazwa skrócona		INNY NUMER 04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2	
07. Nazwisko			
08. Imię pierwsze		09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ			
III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ			
01. Nazwisko		03. Typ ⁰⁾ 04. Identyfikator	
02. Imię pierwsze			
III. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE			
01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾	02. Podstawa wymiaru składki	zl, gr	03. Kwota składki zl, gr
IV. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ			
IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ			
01. Nazwisko		03. Typ ⁰⁾ 04. Identyfikator	
02. Imię pierwsze			
IV. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE			
01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾	02. Podstawa wymiaru składki	zl, gr	03. Kwota składki zl, gr
V. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ			
V. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ			
01. Nazwisko		03. Typ ⁰⁾ 04. Identyfikator	
02. Imię pierwsze			
V. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE			
01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾	02. Podstawa wymiaru składki	zl, gr	03. Kwota składki zl, gr
VI. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ			
VI. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ			
01. Nazwisko		03. Typ ⁰⁾ 04. Identyfikator	
02. Imię pierwsze			
VI. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE			
01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾	02. Podstawa wymiaru składki	zl, gr	03. Kwota składki zl, gr
VII. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ			
VII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ			
01. Nazwisko		03. Typ ⁰⁾ 04. Identyfikator	
02. Imię pierwsze			
VII. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE			
01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾	02. Podstawa wymiaru składki	zl, gr	03. Kwota składki zl, gr
03. Suma kwot na stronie (p. III.B.03 + p. IV.B.03 + p. V.B.03 + p. VI.B.03 + p. VII.B.03)			zl, gr

PLATNIK WYPELNIJA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RECZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM. PRZED WYPELNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI!

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS RZA	strona 2	RAPORT IMIENNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE
-----------------------------------	---------	----------	--

VIII. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ	VIII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ		
	01. Nazwisko	02. Imię pierwsze	03. Typ ¹⁾ 04. Identyfikator

VIII. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ	VIII. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE		
	01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾	02. Podstawa wymiaru składki	03. Kwota składki

IX. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ	IX. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ		
	01. Nazwisko	02. Imię pierwsze	03. Typ ¹⁾ 04. Identyfikator

IX. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ	IX. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE		
	01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾	02. Podstawa wymiaru składki	03. Kwota składki

X. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ	X. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ		
	01. Nazwisko	02. Imię pierwsze	03. Typ ¹⁾ 04. Identyfikator

X. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ	X. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE		
	01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾	02. Podstawa wymiaru składki	03. Kwota składki

XI. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ	XI. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ		
	01. Nazwisko	02. Imię pierwsze	03. Typ ¹⁾ 04. Identyfikator

XI. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ	XI. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE		
	01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾	02. Podstawa wymiaru składki	03. Kwota składki

XII. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ	XII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ		
	01. Nazwisko	02. Imię pierwsze	03. Typ ¹⁾ 04. Identyfikator

XII. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ	XII. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE		
	01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾	02. Podstawa wymiaru składki	03. Kwota składki

04. Suma kwot na stronie (p. VIII.B.03 + p. IX.B.03 + p. X.B.03 + p. XI.B.03 + p. XII.B.03)	zl, gr
---	--------

XIII. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

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

03. Pieczętka imienna oraz podpis Głównego Księgowego

04. Pieczętka płatnika

XIV. ADNOTACJE ZUS

1) Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji.

PLATNIK WYPELNIJA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM. PRZED WYPELNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH		ZUS RSA		strona: 1	RAPORT IMIENNY O WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH I PRZERWACH W OPLACANIU SKŁADEK	
I. DANE ORGANIZACYJNE				02. Numer kartki raportu RSA		
01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr) ¹⁾						
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK						
01. NIP (wpisać bez kresek)				02. REGON		
03. PESEL		INNY NUMER		05. Seria i numer dokumentu		
04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2						
06. Nazwa skrócona						
07. Nazwisko						
08. Imię pierwsze						09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)
III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ						
01. Nazwisko						
02. Imię pierwsze						03. Typ ¹⁾ 04. Identyfikator
III. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPLACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ						
01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾		02. Kod świadczenia / przerwy		07. Kwota		
03. Od (dd / mm)		04. Do (dd / mm)		05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat		
Okres				06. Kod choroby		zi, gr
IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ						
01. Nazwisko						
02. Imię pierwsze						03. Typ ¹⁾ 04. Identyfikator
IV. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPLACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ						
01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾		02. Kod świadczenia / przerwy		07. Kwota		
03. Od (dd / mm)		04. Do (dd / mm)		05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat		
Okres				06. Kod choroby		zi, gr
V. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ						
01. Nazwisko						
02. Imię pierwsze						03. Typ ¹⁾ 04. Identyfikator
V. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPLACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ						
01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾		02. Kod świadczenia / przerwy		07. Kwota		
03. Od (dd / mm)		04. Do (dd / mm)		05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat		
Okres				06. Kod choroby		zi, gr
VI. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ						
01. Nazwisko						
02. Imię pierwsze						03. Typ ¹⁾ 04. Identyfikator
VI. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPLACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ						
01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾		02. Kod świadczenia / przerwy		07. Kwota		
03. Od (dd / mm)		04. Do (dd / mm)		05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat		
Okres				06. Kod choroby		zi, gr
03. Suma kwot na stronie (p. III.B.07 + p. IV.B.07 + p. V.B.07 + p. VI.B.07)						zi, gr

PLATNIK WYPELNIJA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RECZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM. PRZED WYPELNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS	RSA	strona 2	RAPORT IMIENNY O WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH I PRZERWACH W OPŁACANIU SKŁADEK
-----------------------------------	-----	-----	----------	---

VII. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ	VII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ						
	01. Nazwisko						
	02. Imię pierwsze			03. Typ ¹⁾ 04. Identyfikator			

VII. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ						
01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾						
03. Od (dd / mm)		04. Do (dd / mm)		02. Kod świadczenia / przerwy		07. Kwota
Okres		05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat		06. Kod choroby		zł, gr

VIII. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ	VIII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ						
	01. Nazwisko						
	02. Imię pierwsze			03. Typ ¹⁾ 04. Identyfikator			

VIII. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ						
01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾						
03. Od (dd / mm)		04. Do (dd / mm)		02. Kod świadczenia / przerwy		07. Kwota
Okres		05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat		06. Kod choroby		zł, gr

IX. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ	IX. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ						
	01. Nazwisko						
	02. Imię pierwsze			03. Typ ¹⁾ 04. Identyfikator			

IX. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ						
01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾						
03. Od (dd / mm)		04. Do (dd / mm)		02. Kod świadczenia / przerwy		07. Kwota
Okres		05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat		06. Kod choroby		zł, gr

X. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ	X. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ						
	01. Nazwisko						
	02. Imię pierwsze			03. Typ ¹⁾ 04. Identyfikator			

X. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ						
01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾						
03. Od (dd / mm)		04. Do (dd / mm)		02. Kod świadczenia / przerwy		07. Kwota
Okres		05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat		06. Kod choroby		zł, gr

04. Suma kwot na stronie (p. VII.B.07 + p. VIII.B.07 + p. IX.B.07 + p. X.B.07)						zł, gr
---	--	--	--	--	--	--------

XI. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK	
01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)	02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej
Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.	
03. Pieczętka imienna oraz podpis Głównego Księgowego	04. Pieczętka płatnika

XII. ADNOTACJE ZUS

¹⁾ Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji.

Załącznik nr 11

PLATNIK WYPELNI TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM, PRZED WYPELNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS RGA	strona: 1	RAPORT IMIENNY O WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH, PRZERWACH W OPLACANIU SKŁADEK ORAZ INFORMACJACH NIEZBĘDNYCH DO UZNANIA OKRESÓW PRACY ZA OKRESY PRACY GÓRNICZEJ
-----------------------------------	---------	-----------	---

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr) ¹⁾		02. Numer kartki raportu RGA	
---	--	------------------------------	--

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PLATNIKA SKŁADEK

01. NIP (wpisać bez kresek)		02. REGON	
03. PESEL		INNY NUMER 04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2	05. Seria i numer dokumentu
06. Nazwa skrócona			
07. Nazwisko			
08. Imię pierwsze			09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko			
02. Imię pierwsze		03. Typ ¹⁾	04. Identyfikator

III. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPLACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ /
WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾		02. Kod świadczenia / przerwy	
03. Od (dd / mm)		04. Do (dd / mm)	
Okres		05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat	
		06. Kod choroby	07. Kwota zł gr

III. C. DANE O OKRESACH PRACY GÓRNICZEJ

01. Kod okresu pracy górniczej ¹⁾		02. Od (dd / mm)		03. Do (dd / mm)		04. Kod drużyny ratowniczej ¹⁾		05. Od (dd / mm)		06. Do (dd / mm)	
Okres		Okres		Okres		Okres		Okres		Okres	
07. Liczba dni roboczych w miesiącu		08. Liczba dni przepracowanych		09. Liczba dniówek / zjazdów		10. Kod dniówek / zjazdów ¹⁾					
11. Kod urlopu / nieobecności usprawiedliwionej ¹⁾		12. Od (dd / mm)		13. Do (dd / mm)							
Okres		Okres		Okres							

IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko			
02. Imię pierwsze		03. Typ ¹⁾	04. Identyfikator

IV. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPLACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ /
WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ

IV. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾		02. Kod świadczenia / przerwy	
03. Od (dd / mm)		04. Do (dd / mm)	
Okres		05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat	
		06. Kod choroby	07. Kwota zł gr

IV. C. DANE O OKRESACH PRACY GÓRNICZEJ

01. Kod okresu pracy górniczej ¹⁾		02. Od (dd / mm)		03. Do (dd / mm)		04. Kod drużyny ratowniczej ¹⁾		05. Od (dd / mm)		06. Do (dd / mm)	
Okres		Okres		Okres		Okres		Okres		Okres	
07. Liczba dni roboczych w miesiącu		08. Liczba dni przepracowanych		09. Liczba dniówek / zjazdów		10. Kod dniówek / zjazdów ¹⁾					
11. Kod urlopu / nieobecności usprawiedliwionej ¹⁾		12. Od (dd / mm)		13. Do (dd / mm)							
Okres		Okres		Okres							

03. Suma kwot na stronie (p. III.B.07 + p. IV.B.07)		zł gr
---	--	-------

PLATNIK WYPELNIJA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM, PRZED WYPELNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS RGA	strona: 2	RAPORT IMIENNY O WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH, PRZERWACH W OPŁACANIU SKŁADEK ORAZ INFORMACJACH NIEZBĘDNYCH DO UZNANIA OKRESÓW PRACY ZA OKRESY PRACY GÓRNICZEJ
--------------------------------	---------	-----------	---

V. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ¹⁾ 04. Identyfikator

V. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ

01. Kod tytułu ubezpieczenia¹⁾ 02. Kod świadczenia / przerwy

03. Od (dd / mm) 04. Do (dd / mm)

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat 06. Kod choroby 07. Kwota zł, gr

V. C. DANE O OKRESACH PRACY GÓRNICZEJ

01. Kod okresu pracy górniczej¹⁾ 02. Od (dd / mm) 03. Do (dd / mm) 04. Kod drużyny ratowniczej¹⁾ 05. Od (dd / mm) 06. Do (dd / mm)

07. Liczba dni roboczych w miesiącu 08. Liczba dni przepracowanych 09. Liczba dniówek / zjazdów 10. Kod dniówek / zjazdów¹⁾

11. Kod urlopu / nieobecności usprawiedliwionej¹⁾ 12. Od (dd / mm) 13. Do (dd / mm)

V. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

VI. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ¹⁾ 04. Identyfikator

VI. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ

01. Kod tytułu ubezpieczenia¹⁾ 02. Kod świadczenia / przerwy

03. Od (dd / mm) 04. Do (dd / mm)

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat 06. Kod choroby 07. Kwota zł, gr

VI. C. DANE O OKRESACH PRACY GÓRNICZEJ

01. Kod okresu pracy górniczej¹⁾ 02. Od (dd / mm) 03. Do (dd / mm) 04. Kod drużyny ratowniczej¹⁾ 05. Od (dd / mm) 06. Do (dd / mm)

07. Liczba dni roboczych w miesiącu 08. Liczba dni przepracowanych 09. Liczba dniówek / zjazdów 10. Kod dniówek / zjazdów¹⁾

11. Kod urlopu / nieobecności usprawiedliwionej¹⁾ 12. Od (dd / mm) 13. Do (dd / mm)

VI. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

04. Suma kwot na stronie (p. V.B.07 + p. VI.B.07) zł, gr

VII. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

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

03. Pieczętka imienna oraz podpis Głównego Księgowego

04. Pieczętka płatnika

VIII. ADNOTACJE ZUS

Blank area for notes.

1) Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS	RMUA	strona: 1	RAPORT MIESIĘCZNY DLA OSOBY UBEZPIECZONEJ																																								
I. DANE ORGANIZACYJNE																																												
01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr) <input type="text"/>																																												
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK																																												
01. NIP <input type="text"/>				02. REGON <input type="text"/>																																								
03. PESEL <input type="text"/>				04. Rodzaj dokumentu <input type="text"/>		05. Seria i numer dokumentu <input type="text"/>																																						
06. Nazwisko <input type="text"/>				INNY NUMER <input type="text"/>		07. Imię pierwsze <input type="text"/>																																						
08. Nazwa skrócona <input type="text"/>								09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr) <input type="text"/>																																				
III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ																																												
01. Nazwisko <input type="text"/>					02. Imię pierwsze <input type="text"/>																																							
03. Typ identyfikatora <input type="text"/>				04. Identyfikator <input type="text"/>																																								
INNY NUMER <input type="text"/>																																												
IV. A. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE I UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE																																												
01. Tytuł ubezpieczenia (pierwszy) <input type="text"/>																																												
02. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe <input type="text"/>																																												
03. Wymiar czasu pracy <input type="text"/>																																												
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:10%;">UBEZPIECZENIE</th> <th style="width:20%;">EMERYTALNE</th> <th style="width:20%;">RENTOWE</th> <th style="width:20%;">CHOROBY I WYPADKOWE</th> <th style="width:20%;">ZDROWOTNE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>05. <input type="text"/></td> <td>06. <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>KWOTA SKŁADKI FINANSOWANA PRZEZ:</td> <td>07. Ubezpieczonego <input type="text"/></td> <td>08. Ubezpieczonego <input type="text"/></td> <td>09. Ubezpieczenie chorobowe <input type="text"/></td> <td>10. Ubezpieczenie zdrowotne <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>11. Płatnika <input type="text"/></td> <td>12. Płatnika <input type="text"/></td> <td>13. Ubezpieczenie wypadkowe <input type="text"/></td> <td>KWOTA SKŁADKI NA: <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="5">14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="5">15. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13) <input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>										UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBY I WYPADKOWE	ZDROWOTNE	04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	<input type="text"/>	<input type="text"/>	05. <input type="text"/>	06. <input type="text"/>	KWOTA SKŁADKI FINANSOWANA PRZEZ:	07. Ubezpieczonego <input type="text"/>	08. Ubezpieczonego <input type="text"/>	09. Ubezpieczenie chorobowe <input type="text"/>	10. Ubezpieczenie zdrowotne <input type="text"/>		11. Płatnika <input type="text"/>	12. Płatnika <input type="text"/>	13. Ubezpieczenie wypadkowe <input type="text"/>	KWOTA SKŁADKI NA: <input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego <input type="text"/>					15. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13) <input type="text"/>				
UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBY I WYPADKOWE	ZDROWOTNE																																								
04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	<input type="text"/>	<input type="text"/>	05. <input type="text"/>	06. <input type="text"/>																																								
KWOTA SKŁADKI FINANSOWANA PRZEZ:	07. Ubezpieczonego <input type="text"/>	08. Ubezpieczonego <input type="text"/>	09. Ubezpieczenie chorobowe <input type="text"/>	10. Ubezpieczenie zdrowotne <input type="text"/>																																								
	11. Płatnika <input type="text"/>	12. Płatnika <input type="text"/>	13. Ubezpieczenie wypadkowe <input type="text"/>	KWOTA SKŁADKI NA: <input type="text"/>																																								
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																								
14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego <input type="text"/>																																												
15. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13) <input type="text"/>																																												
IV. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE I UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE																																												
01. Tytuł ubezpieczenia (drugi) <input type="text"/>																																												
02. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe <input type="text"/>																																												
03. Wymiar czasu pracy <input type="text"/>																																												
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:10%;">UBEZPIECZENIE</th> <th style="width:20%;">EMERYTALNE</th> <th style="width:20%;">RENTOWE</th> <th style="width:20%;">CHOROBY I WYPADKOWE</th> <th style="width:20%;">ZDROWOTNE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>05. <input type="text"/></td> <td>06. <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>KWOTA SKŁADKI FINANSOWANA PRZEZ:</td> <td>07. Ubezpieczonego <input type="text"/></td> <td>08. Ubezpieczonego <input type="text"/></td> <td>09. Ubezpieczenie chorobowe <input type="text"/></td> <td>10. Ubezpieczenie zdrowotne <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>11. Płatnika <input type="text"/></td> <td>12. Płatnika <input type="text"/></td> <td>13. Ubezpieczenie wypadkowe <input type="text"/></td> <td>KWOTA SKŁADKI NA: <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="5">14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="5">15. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13) <input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>										UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBY I WYPADKOWE	ZDROWOTNE	04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	<input type="text"/>	<input type="text"/>	05. <input type="text"/>	06. <input type="text"/>	KWOTA SKŁADKI FINANSOWANA PRZEZ:	07. Ubezpieczonego <input type="text"/>	08. Ubezpieczonego <input type="text"/>	09. Ubezpieczenie chorobowe <input type="text"/>	10. Ubezpieczenie zdrowotne <input type="text"/>		11. Płatnika <input type="text"/>	12. Płatnika <input type="text"/>	13. Ubezpieczenie wypadkowe <input type="text"/>	KWOTA SKŁADKI NA: <input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego <input type="text"/>					15. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13) <input type="text"/>				
UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBY I WYPADKOWE	ZDROWOTNE																																								
04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	<input type="text"/>	<input type="text"/>	05. <input type="text"/>	06. <input type="text"/>																																								
KWOTA SKŁADKI FINANSOWANA PRZEZ:	07. Ubezpieczonego <input type="text"/>	08. Ubezpieczonego <input type="text"/>	09. Ubezpieczenie chorobowe <input type="text"/>	10. Ubezpieczenie zdrowotne <input type="text"/>																																								
	11. Płatnika <input type="text"/>	12. Płatnika <input type="text"/>	13. Ubezpieczenie wypadkowe <input type="text"/>	KWOTA SKŁADKI NA: <input type="text"/>																																								
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																								
14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego <input type="text"/>																																												
15. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13) <input type="text"/>																																												
V. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA																																												
01. Liczba osób, na które wypłacany jest zasiłek rodzinny <input type="text"/>			02. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego <input type="text"/>			03. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego <input type="text"/>																																						
04. Liczba osób, na które wypłacany jest zasiłek pielęgnacyjny <input type="text"/>			05. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego <input type="text"/>			06. Łączna kwota wypłaconych zasiłków (p.02 + p.03 + p.05) <input type="text"/>																																						
VI. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ I WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBY ORAZ RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK																																												
01. Rodzaj świadczenia / przerwy		Okres od - do (dd / mm)		Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat		Kod choroby		Kwota																																				
02. <input type="text"/>		03. <input type="text"/>		04. <input type="text"/>		05. <input type="text"/>		06. <input type="text"/>																																				
07. <input type="text"/>		08. <input type="text"/>		09. <input type="text"/>		10. <input type="text"/>		11. <input type="text"/>																																				
13. <input type="text"/>		14. <input type="text"/>		15. <input type="text"/>		16. <input type="text"/>		17. <input type="text"/>																																				
19. <input type="text"/>		20. <input type="text"/>		21. <input type="text"/>		22. <input type="text"/>		23. <input type="text"/>																																				
		24. <input type="text"/>		25. <input type="text"/>		26. <input type="text"/>		27. <input type="text"/>																																				

ZAKŁAD UBEZPIECZEN SPOŁECZNYCH **ZUS RMUA** strona: 2 **RAPORT MIESIĘCZNY DLA OSOBY UBEZPIECZONEJ**

VI. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ I WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCEJ CHOROBEJ ORAZ RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK c.d.

25. Rodzaj świadczenia / przerwy	Okres od - do (dd / mm)	Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat	Kod choroby	Kwota
26.	27.	28.	29.	30. zł, gr
31.	32.	33.	34.	35. zł, gr
37.	38.	39.	40.	41. zł, gr
43.	44.	45.	46.	47. zł, gr

VII. ZESTAWIENIE DANYCH O OKRESACH PRACY GÓRNICZEJ

01. Rodzaj okresu pracy górniczej	Okres od - do (dd / mm)	02.	03.	19. Rodzaj drużyny ratowniczej	
04.	05.	06.	Okres od - do (dd / mm)	20. 21.	
07.	08.	09.	Liczba dniówek / zjazdów	Rodzaj dniówek / zjazdów	
10. Rodzaj urlopu / nieobecności usprawiedliwionej	Okres od - do (dd / mm)	11.	12.	22.	23.
13.	14.	15.	24.	25.	
16.	17.	18.	26.	27.	
28. Liczba dni roboczych w miesiącu	29. Liczba dni przepracowanych				

VIII. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH SKŁADNIKÓW WYNAGRODZENIA

03. Rodzaj składnika wynagrodzenia	01. Liczba dni przepracowanych	02. Liczba dni wynikających z obowiązku pracy	Okres od (dd / mm / rrrr)	Okres do (dd / mm / rrrr)	06. Kwota składnika wynagrodzenia
04.			05.		06. zł, gr
07.			08.	09.	10. zł, gr
11.			12.	13.	14. zł, gr
15.			16.	17.	18. zł, gr
19.			20.	21.	22. zł, gr
23.			24.	25.	26. zł, gr
27.			28.	29.	30. zł, gr
31.			32.	33.	34. zł, gr
35.			36.	37.	38. zł, gr
39.			40.	41.	42. zł, gr
43. Suma kwot (p.06 + p.10 + p.14 + p.18 + p.22 + p.26 + p.30 + p.34 + p.38 + p.42)					zł, gr

IX. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

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

03. Pieczętka imienna oraz podpis Głównego Księgowego

04. Pieczętka płatnika

PLATNIK WYPELNIJA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM. PRZED WYPELNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZPA	strona: 1	ZGŁOSZENIE / ZMIANA DANYCH PLATNIKA SKŁADEK - OSOBY PRAWNEJ LUB JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ NIE POSIADAJĄCEJ OSOBOWOŚCI PRAWNEJ
-----------------------------------	---------	-----------	---

I. DANE ORGANIZACYJNE

<input type="checkbox"/> 01. ZGŁOSZENIE PLATNIKA SKŁADEK (wpisać X)	<input type="checkbox"/> 02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH PLATNIKA SKŁADEK (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych) ¹⁾
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)	04. Nalepka "R"

II. DANE
IDENTYFIKACYJNE
PLATNIKA SKŁADEK

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. NIP (wpisać bez kresek)	02. REGON
03. Nazwa skrócona	

III. DANE EWIDENCYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Nazwa / Firma (zgodnie z aktem prawnym konstytuującym podmiot)	
<input type="checkbox"/> 02. Czy płatnik jest jednostką budżetową w rozumieniu ustawy z dnia 05.01.1991 "Prawo budżetowe"? Jeśli TAK, wpisać X.	<input type="checkbox"/> 03. Czy płatnik jest jednostką pozabudżetową w rozumieniu art. 14-17 "Prawo budżetowe"? Jeśli TAK, wpisać X.
04. Nazwa organu założycielskiego	
<input type="checkbox"/> 05. Czy płatnik podlega wpisowi do rejestru / ewidencji? Jeśli TAK, wpisać X.	06. Data wpisu do rejestru / ewidencji (dd / mm / rrrr)
08. Nazwa organu rejestrowego / ewidencyjnego ²⁾	07. Numer wpisu do rejestru / ewidencji
09. Data powstania obowiązku opłacania składek na ubezpieczenia społeczne (dd / mm / rrrr)	10. Data rozpoczęcia wykonywania działalności (dd / mm / rrrr)

IV. DANE O RACHUNKU BANKOWYM PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer rachunku
<input type="checkbox"/> 02. Czy płatnik posiada inne rachunki bankowe? Jeśli TAK, wpisać X i wypełnić formularz ZUS ZBA.

V. INNE DANE O PLATNIKU SKŁADEK

<input type="checkbox"/> 01. Czy płatnik posiada status zakładu pracy chronionej / aktywności zawodowej? Jeśli TAK, wpisać X.	02. Data otrzymania statusu zakładu pracy chronionej / aktywności zawodowej (dd / mm / rrrr)	03. Data utraty statusu zakładu pracy chronionej / aktywności zawodowej (dd / mm / rrrr)
<input type="checkbox"/> 04. Jeśli adres prowadzenia działalności gospodarczej jest inny niż adres siedziby, wpisać X i wypełnić formularz ZUS ZAA.		

VI. ADRES SIEDZIBY PLATNIKA SKŁADEK

01. Kod pocztowy	02. Miejscowość
03. Gmina	
04. Ulica	
05. Numer domu	06. Numer lokalu
07. Numer telefonu	08. Numer faksu
09. Adres poczty elektronicznej	

PLATNIK WYPELNIJA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RECZNIE
DUZYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLEM. PRZED WYPELNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJASNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH **ZUS ZPA** strona: **2** **ZGŁOSZENIE / ZMIANA DANYCH PLATNIKA SKŁADEK - OSOBY PRAWNEJ
LUB JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ NIE POSIADAJĄCEJ OSOBOWOŚCI PRAWNEJ**

VII. ADRES DO KORESPONDENCJI PLATNIKA SKŁADEK (wpisać, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres siedziby płatnika składek)

01. Kod pocztowy	02. Miejscowość	
03. Ulica		
04. Numer domu	05. Numer lokalu	06. Numer telefonu do teletransmisji
07. Skrytka pocztowa	08. Numer telefonu	09. Numer faksu
10. Adres poczty elektronicznej		

VIII. DANE O BIURZE RACHUNKOWYM (wpisać, jeśli dokumentację finansowo - księgową prowadzi biuro rachunkowe)

01. NIP (wpisać bez kresek)	02. REGON
03. Nazwa skrócona	

IX. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Liczba załączników formularza ZUS ZBA	
02. Liczba załączników formularza ZUS ZAA	
03. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)	

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

04. Pieczęćka imienna i podpis osoby upoważnionej

05. Pieczęćka płatnika

X. ADNOTACJE ZUS

- 1) W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZIPA.
- 2) Wypełnić zgodnie z instrukcją.

PLATNIK WYPELNIJA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLEM. PRZED WYPELNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZFA	strona: 1	ZGŁOSZENIE / ZMIANA DANYCH PLATNIKA SKŁADEK - OSOBY FIZYCZNEJ
I. DANE ORGANIZACYJNE			
01. ZGŁOSZENIE PLATNIKA SKŁADEK (wpisać X)		02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH PLATNIKA SKŁADEK (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych) ¹⁾	
03. Data nadania (dd / mm / rrr)		04. Nalepka "R"	
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK			
01. NIP (wpisać bez kresek)		02. REGON	
03. PESEL		05. Seria i numer dokumentu	
06. Nazwa skrócona		04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2	
07. Nazwisko			
08. Imię pierwsze		09. Data urodzenia (dd / mm / rrr)	
III. DANE EWIDENCYJNE PLATNIKA SKŁADEK			
01. Imię drugie			
02. Miejsce urodzenia			
03. Obywatelstwo			
IV. PODSTAWA DO PROWADZENIA POZAROLNICZEJ DZIAŁALNOŚCI			
01. Kod rodzaju uprawnień ²⁾		02. Numer uprawnień	
03. Nazwa organu wydającego uprawnienie			
04. Data wydania uprawnień (dd / mm / rrr)		05. Data rozpoczęcia wykonywania działalności (dd / mm / rrr)	
V. DANE O RACHUNKU BANKOWYM PLATNIKA SKŁADEK			
01. Numer rachunku			
02. Czy płatnik posiada inne rachunki bankowe? Jeśli TAK, wpisać X i wypełnić formularz ZUS ZBA.			
VI. INNE DANE O PLATNIKU SKŁADEK			
01. Czy płatnik posiada status zakładu pracy chronionej / aktywności zawodowej? Jeśli TAK, wpisać X.			
02. Data otrzymania statusu zakładu pracy chronionej / aktywności zawodowej (dd / mm / rrr)		03. Data utraty statusu zakładu pracy chronionej / aktywności zawodowej (dd / mm / rrr)	
04. Data powstania obowiązku opłacania składek na ubezpieczenia społeczne (dd / mm / rrr)		05. Jeśli adres prowadzenia działalności gospodarczej jest inny niż adres siedziby, wpisać X i wypełnić formularz ZUS ZAA.	
VII. ADRES SIEDZIBY PLATNIKA SKŁADEK			
01. Kod pocztowy		02. Miejscowość	
03. Gmina			
04. Ulica			
05. Numer domu		06. Numer lokalu	
07. Numer telefonu		08. Numer faksu	
09. Adres poczty elektronicznej			

PŁATNIK WYPELNIŁ TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM. PRZED WYPEŁNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS	ZFA	strona 2	ZGŁOSZENIE / ZMIANA DANYCH PŁATNIKA SKŁADEK - OSOBY FIZYCZNEJ
-----------------------------------	------------	------------	-----------------	--

VIII. ADRES ZAMIESZKANIA PŁATNIKA SKŁADEK (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres siedziby płatnika składek)

01. Kod pocztowy 02. Miejscowość

03. Gmina

04. Ulica

05. Numer domu 06. Numer lokalu

07. Numer telefonu 08. Numer faksu

09. Adres poczty elektronicznej

IX. ADRES DO KORESPONDENCJI PŁATNIKA SKŁADEK (wpisać, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres siedziby płatnika składek)

01. Kod pocztowy 02. Miejscowość

03. Ulica

04. Numer domu 05. Numer lokalu 06. Numer telefonu do teletransmisji

07. Skrytka pocztowa 08. Numer telefonu 09. Numer faksu

10. Adres poczty elektronicznej

X. DANE O BIURZE RACHUNKOWYM (wpisać, jeśli dokumentację finansowo - księgową prowadzi biuro rachunkowe)

01. NIP (wpisać bez kresek) 02. REGON

03. Nazwa skrócona

XI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Liczba załączników formularza ZUS ZBA

02. Liczba załączników formularza ZUS ZAA

03. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

04. Podpis płatnika lub osoby przez niego upoważnionej	05. Pieczętka płatnika (jeśli posiada)
--	--

XII. ADNOTACJE ZUS

1) W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZIPA.
2) Wypełnić zgodnie z instrukcją.

PŁATNIK WYPEŁNIA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOŁOREM, PRZED WYPEŁNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS	ZIPA	ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH PŁATNIKA SKŁADEK
-----------------------------------	------------	-------------	--

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2)
DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH OSOBY PRAWNEJ / JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ NIE POSIADAJĄCEJ OSOBOWOŚCI PRAWNEJ

02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2)
DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH OSOBY FIZYCZNEJ

03. Data nadania (dd / mm / rrrr) 04. Nalepka "R"

II. POPRZEDNIE DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

II. POPRZEDNIE DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. NIP (wpisać bez kresek) 02. REGON

03. PESEL INNY NUMER 05. Seria i numer dokumentu
04. Rodzaj dokumentu:
jeśli dowód osobisty, wpisać 1,
jeśli paszport - 2

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze 09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

III. AKTUALNE DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. NIP (wpisać bez kresek) 02. REGON

03. PESEL INNY NUMER 05. Seria i numer dokumentu
04. Rodzaj dokumentu:
jeśli dowód osobisty, wpisać 1,
jeśli paszport - 2

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze 09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

IV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej	03. Pieczęć płatnika
--	----------------------

V. ADNOTACJE ZUS

PLATNIK WYPEŁNIA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM, PRZED WYPEŁNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEN SPOŁECZNYCH	ZUS ZWPA	WYREJESTROWANIE PŁATNIKA SKŁADEK
-----------------------------------	--------------------	---

I. DANE ORGANIZACYJNE <input type="checkbox"/> 01. WYREJESTROWANIE PŁATNIKA - OSOBY PRAWNEJ / JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ NIE POSIADAJĄCEJ OSOBOWOŚCI PRAWNEJ 04. Data nadania (dd / mm / rrrr)	<input type="checkbox"/> 02. WYREJESTROWANIE PŁATNIKA - OSOBY FIZYCZNEJ 05. Nalepka "R"	<input type="checkbox"/> 03. KOREKTA DANYCH WYREJESTROWANIA PŁATNIKA SKŁADEK wpisać X w odpowiednim polu
---	---	--

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PŁATNIKA SKŁADEK

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK 01. NIP (wpisać bez kresek)	02. REGON
03. PESEL	INNY NUMER 04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2
05. Seria i numer dokumentu	06. Nazwa skrócona
07. Nazwisko	08. Imię pierwsze
09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	

III. DANE O WYREJESTROWANIU PŁATNIKA SKŁADEK 01. Kod przyczyny wyrejestrowania ¹⁾	02. Data wyrejestrowania (dd / mm / rrrr)
---	---

IV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK 01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej	03. Pieczętka płatnika
--	------------------------

V. ADNOTACJE ZUS

1) Wypełnić zgodnie z instrukcją.

PŁATNIK WYPEŁNIA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOŁOREM, PRZED WYPEŁNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZARZĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZBA	INFORMACJA O NUMERACH RACHUNKÓW BANKOWYCH PŁATNIKA SKŁADEK
I. DANE ORGANIZACYJNE		
01. Data nadania (dd / mm / rrrr)		02. Nalepka "R"
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK		
01. NIP (wpisać bez kresek)		02. REGON
03. PESEL	INNY NUMER	05. Seria i numer dokumentu
04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2		
06. Nazwa skrócona		
07. Nazwisko		
08. Imię pierwsze		09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)
III. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PŁATNIKA SKŁADEK		
01. Nowy rachunek (wpisać - 1) / zamknięcie rachunku (wpisać - 2) ¹⁾		
02. Numer rachunku		
IV. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PŁATNIKA SKŁADEK		
01. Nowy rachunek (wpisać - 1) / zamknięcie rachunku (wpisać - 2) ¹⁾		
02. Numer rachunku		
V. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PŁATNIKA SKŁADEK		
01. Nowy rachunek (wpisać - 1) / zamknięcie rachunku (wpisać - 2) ¹⁾		
02. Numer rachunku		
VI. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PŁATNIKA SKŁADEK		
01. Nowy rachunek (wpisać - 1) / zamknięcie rachunku (wpisać - 2) ¹⁾		
02. Numer rachunku		
VII. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PŁATNIKA SKŁADEK		
01. Nowy rachunek (wpisać - 1) / zamknięcie rachunku (wpisać - 2) ¹⁾		
02. Numer rachunku		
VIII. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PŁATNIKA SKŁADEK		
01. Nowy rachunek (wpisać - 1) / zamknięcie rachunku (wpisać - 2) ¹⁾		
02. Numer rachunku		
IX. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK		
01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)		
<p>Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.</p>		
02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej		03. Pieczęćka płatnika
X. ADNOTACJE ZUS		
1) Wypełnić zgodnie z instrukcją		

PLATNIK WYPELNIJA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM. PRZED WYPELNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZAA	strona: 1	ADRESY PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PLATNIKA SKŁADEK
-----------------------------------	---------	-----------	--

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Data nadania (dd / mm / rrrr)	02. Nalepka "R"
-----------------------------------	-----------------

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. NIP (wpisać bez kresek)	02. REGON
03. PESEL	INNY NUMER
04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2	05. Seria i numer dokumentu
06. Nazwa skrócona	
07. Nazwisko	
08. Imię pierwsze	09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PLATNIKA SKŁADEK

III. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PLATNIKA

01. Nowy adres (wpisać - 1) / zakończenie prowadzenia działalności pod adresem (wpisać - 2) ¹⁾	
02. Kod pocztowy	03. Miejscowość
04. Gmina	
05. Ulica	
06. Numer domu	07. Numer lokalu
08. Numer telefonu	09. Numer faksu

IV. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PLATNIKA

01. Nowy adres (wpisać - 1) / zakończenie prowadzenia działalności pod adresem (wpisać - 2) ¹⁾	
02. Kod pocztowy	03. Miejscowość
04. Gmina	
05. Ulica	
06. Numer domu	07. Numer lokalu
08. Numer telefonu	09. Numer faksu

V. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PLATNIKA

01. Nowy adres (wpisać - 1) / zakończenie prowadzenia działalności pod adresem (wpisać - 2) ¹⁾	
02. Kod pocztowy	03. Miejscowość
04. Gmina	
05. Ulica	
06. Numer domu	07. Numer lokalu
08. Numer telefonu	09. Numer faksu

PLATNIK WYPELNIJA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM. PRZED WYPELNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZAA	strona: 2	ADRESY PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PLATNIKA SKŁADEK
-----------------------------------	---------	-----------	--

VI. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PLATNIKA

01. Nowy adres (wpisać - 1) /
 zakończenie prowadzenia działalności pod adresem (wpisać - 2)¹⁾

02. Kod pocztowy 03. Miejscowość

04. Gmina

05. Ulica

06. Numer domu 07. Numer lokalu

08. Numer telefonu 09. Numer faksu

VII. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PLATNIKA

01. Nowy adres (wpisać - 1) /
 zakończenie prowadzenia działalności pod adresem (wpisać - 2)¹⁾

02. Kod pocztowy 03. Miejscowość

04. Gmina

05. Ulica

06. Numer domu 07. Numer lokalu

08. Numer telefonu 09. Numer faksu

VIII. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PLATNIKA

01. Nowy adres (wpisać - 1) /
 zakończenie prowadzenia działalności pod adresem (wpisać - 2)¹⁾

02. Kod pocztowy 03. Miejscowość

04. Gmina

05. Ulica

06. Numer domu 07. Numer lokalu

08. Numer telefonu 09. Numer faksu

IX. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK
01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej	03. Pieczęćka płatnika

X. ADNOTACJE ZUS

¹⁾ Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji.

PLATNIK WYPELNIJA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM. PRZED WYPEŁNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH **ZUS DRA** strona: **1** **DEKLARACJA ROZLICZENIOWA**

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Termin przysyłania deklaracji i raportów¹⁾ 02. Identyfikator deklaracji (numer / mm / rrrr)¹⁾ 03. Data nadania (dd / mm / rrrr) 04. Nalepka "R" 05. Znak i numer decyzji pokontrolnej

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. NIP (wpisać bez kresek) 02. REGON 03. PESEL 04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2 05. Seria i numer dokumentu 06. Nazwa skrócona 07. Nazwisko 08. Imię pierwsze 09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

III. INNE INFORMACJE

01. Liczba ubezpieczonych 02. Liczba pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy 03. Czy płatnik posiada status zakładu pracy chronionej / aktywności zawodowej? Jeśli TAK, wpisać X 04. Stopa procentowa składek na ubezpieczenie wypadkowe %

IV. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE ORAZ ŹRÓDEŁ FINANSOWANIA

SUMY SKŁADEK	01. Kwota składek na ubezpieczenie emerytalne		02. Kwota składek na ubezpieczenia rentowe		03. Suma kwot składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe (p. 01 + p. 02)	
	zł	gr	zł	gr	zł	gr
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:						
ubezpieczonych	04.		05.		06. (p. 04 + p. 05)	
płatnika	07.		08.		09. (p. 07 + p. 08)	
budżet państwa	10.		11.		12. (p. 10 + p. 11)	
PFRON	13.		14.		15. (p. 13 + p. 14)	
Fundusz Kościelny	16.		17.		18. (p. 16 + p. 17)	

SUMY SKŁADEK	19. Kwota składek na ubezpieczenie chorobowe		20. Kwota składek na ubezpieczenie wypadkowe		21. Suma kwot składek na ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe (p. 19 + p. 20)	
	zł	gr	zł	gr	zł	gr
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:						
ubezpieczonych	22.		23.		24. (p. 22 + p. 23)	
płatnika	25.		26. (= p. 25)			
PFRON	27.		28.		29. (p. 27 + p. 28)	
Fundusz Kościelny	30.		31. (= p. 30)			

32. Kwota składek na ubezpieczenia społeczne, które powinien przekazać płatnik (p. 06 + p. 09 + p. 24 + p. 26) zł gr

V. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ PODLEGAJĄCYCH ROZLICZENIU W CIĘŻAR SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

01. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego 02. Kwota wynagrodzenia należnego płatnikowi od wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego 03. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego 04. Kwota wypłaconych świadczeń finansowanych z budżetu państwa 05. Łączna kwota do potrącenia (p.01 + p.02 + p.03 + p.04) zł gr

VI. ROZLICZENIE CZĘŚCI IV I V

01. Kwota do zwrotu przez ZUS: (p.V. 05 - p.IV. 32) zł gr 02. Kwota do zapłaty przez płatnika: (p. IV. 32 - p.V. 05) zł gr

PLATNIK WYPEŁNIA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLEM. PRZED WYPEŁNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS DRA	strona: 2	DEKLARACJA ROZLICZENIOWA
---------------------------------------	----------------	------------------	---------------------------------

VII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kwota należnych składek do przekazania przez płatnika	zł, gr	
02. Kwota należnych składek finansowana przez Fundusz Kościelny	zł, gr	
03. Kwota należnego wynagrodzenia dla płatnika	zł, gr	
		04. Kwota do zapłaty (p.01 - p. 03)
		zł, gr

VIII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FP I FGŚP

01. Kwota należnych składek na Fundusz Pracy	zł, gr	
02. Kwota należnych składek na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych	zł, gr	
		03. Kwota do zapłaty (p.01 + p.02)
		zł, gr

IX. ŁĄCZNA SUMA KWOT DO ZAPŁATY

01. Łączna suma kwot do zapłaty (p.VI. 02 + p.VII. 04 + p.VIII. 03)	zł, gr
---	--------

X. KONIECZNE DOPLATY Z TYTUŁU KOREKTY NALEŻNOŚCI

01. Kwota dopłaty na ubezpieczenia społeczne	zł, gr	
02. Kwota dopłaty na ubezpieczenie zdrowotne	zł, gr	
03. Kwota dopłaty na FP i FGŚP	zł, gr	
		04. Łączna kwota dopłat (p. 01 + p. 02 + p. 03)
		zł, gr

XI. DEKLARACJA DOCHODU (wypełniają osoby, które opłacają składki wyłącznie za siebie)

01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾	zł, gr	
02. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe	zł, gr	
03. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe	zł, gr	
04. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne	zł, gr	
		05. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe ¹⁾

XII. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Liczba kartek raportu ZUS RCA	zł, gr	
02. Liczba kartek raportu ZUS RNA	zł, gr	
03. Liczba kartek raportu ZUS RZA	zł, gr	
04. Liczba kartek raportu ZUS RSA	zł, gr	
05. Liczba kartek raportu ZUS RGA	zł, gr	
		06. Łączna liczba kartek raportów (p. 01 + p. 02 + p. 03 + p. 04 + p. 05)
		zł, gr
07. Identyfikator deklaracji, do której dołączone były raporty		
08. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)		

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

09. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

10. Pieczętka imienna oraz podpis Głównego Księgowego	11. Pieczętka płatnika
---	------------------------

XIII. ADNOTACJE ZUS

¹⁾ Wpisać odpowiedni kod zgodnie z instrukcją.

Załącznik nr 20

KODY WYKORZYSTYWANE W DOKUMENTACH UBEZPIECZENIOWYCH

I. Kod tytułu ubezpieczenia składa się z 6 znaków oznaczających:

- *podmiot podstawowy* (2 znaki);
- *rozszerzenie podmiotu* (2 znaki);
- *ustalone bądź nie ustalone prawo do emerytury lub renty* (1 znak);
- *stopień niepełnosprawności* (1 znak):

Podmiot podstawowy wraz z rozszerzeniem:

- 01 10 — pracownik zatrudniony na podstawie umowy o pracę,
- 01 20 — pracownik młodociany I rok nauki,
- 01 21 — pracownik młodociany II rok nauki,
- 01 22 — pracownik młodociany III rok nauki,
- 01 23 — pracownik zatrudniony na podstawie umowy o pracę w celu przygotowania wykonywania określonej pracy,
- 02 00 — osoba wykonująca pracę nakładczą,
- 03 10 — członek rolniczej spółdzielni produkcyjnej,
- 03 11 — członek spółdzielni kółek rolniczych,
- 03 12 — członek innej spółdzielni zajmującej się produkcją rolną,
- 03 20 — osoba wykonująca pracę w spółdzielni lub w gospodarstwie rolnym spółdzielni na innej podstawie niż stosunek pracy, nie będąca jej członkiem i wynagradzana według zasad obowiązujących członków spółdzielni, w tym kandydat na członka spółdzielni,
- 04 10 — osoba wykonująca umowę agencyjną lub umowę zlecenia zawartą na okres do 14 dni,
- 04 11 — osoba wykonująca umowę agencyjną lub umowę zlecenia zawartą na okres co najmniej 15 dni, jeżeli nie jest uczniem szkoły ponadpodstawowej lub studentem do ukończenia 26 lat i praca jest wykonywana w siedzibie lub w miejscu prowadzenia działalności zleceniodawcy,
- 04 12 — osoba wykonująca umowę agencyjną lub umowę zlecenia zawartą na okres co najmniej 15 dni, jeżeli nie jest uczniem szkoły ponadpodstawowej lub studentem do ukończenia 26 lat i praca nie jest wykonywana w siedzibie ani w miejscu prowadzenia działalności zleceniodawcy,
- 04 13 — osoba wykonująca umowę agencyjną lub umowę zlecenia zawartą na okres co najmniej 15 dni, jeżeli jest uczniem szkoły ponadpodstawowej lub studentem do ukończenia 26 lat,
- 04 14 — osoba wykonująca kolejną umowę agencyjną lub umowę zlecenia zawartą z tym samym zleceniodawcą na okres krótszy niż 15 dni, jeżeli łączny okres, na który umowy zostały zawarte, wynosi co najmniej 15 dni, a przerwy pomiędzy tymi umowami są krótsze niż 60 dni, jeżeli nie jest uczniem szkoły ponadpodstawowej lub studentem do ukończenia 26 lat i praca jest wykonywana w siedzibie lub w miejscu prowadzenia działalności zleceniodawcy,
- 04 15 — osoba wykonująca kolejną umowę agencyjną lub umowę zlecenia zawartą z tym samym zleceniodawcą na okres krótszy niż 15 dni, jeżeli łączny okres, na który umowy zostały zawarte, wynosi co najmniej 15 dni, a przerwy pomiędzy tymi umowami są krótsze niż 60 dni, jeżeli nie jest uczniem szkoły ponadpodstawowej lub studentem do ukończenia 26 lat i praca nie jest wykonywana w siedzibie ani w miejscu prowadzenia działalności zleceniodawcy,
- 04 16 — osoba wykonująca kolejną umowę agencyjną lub umowę zlecenia zawartą z tym samym zleceniodawcą na okres krótszy niż 15 dni, jeżeli łączny okres, na który umowy zostały zawarte, wynosi co najmniej 15 dni, a przerwy pomiędzy tymi umowami są krótsze niż 60 dni, jeżeli jest uczniem szkoły ponadpodstawowej lub studentem do ukończenia 26 lat,
- 04 20 — osoba współpracująca przy wykonywaniu umowy agencyjnej lub umowy zlecenia zawartej na okres do 14 dni,
- 04 21 — osoba współpracująca z osobą wykonującą umowę agencyjną lub umowę zlecenia rodzącą obowiązek lub dającą prawo do ubezpieczeń społecznych, jeżeli nie jest uczniem szkoły ponadpodstawowej lub studentem do ukończenia 26 lat i praca jest wykonywana w siedzibie lub w miejscu prowadzenia działalności zleceniodawcy,
- 04 22 — osoba współpracująca z osobą wykonującą umowę agencyjną lub umowę zlecenia rodzącą obowiązek lub dającą prawo do ubezpieczeń społecznych, jeżeli nie jest uczniem szkoły ponadpodstawowej lub studentem do ukończenia 26 lat i praca nie jest wykonywana w siedzibie ani w miejscu prowadzenia działalności zleceniodawcy,
- 04 23 — osoba współpracująca z osobą wykonującą umowę agencyjną lub umowę zlecenia rodzącą obowiązek lub dającą prawo do ubezpieczeń społecznych, jeżeli jest uczniem szkoły ponadpodstawowej lub studentem do ukończenia 26 lat,
- 05 10 — osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą,
- 05 11 — osoba współpracująca z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność gospodarczą,
- 05 20 — twórca,
- 05 21 — osoba współpracująca z twórcą,
- 05 30 — artysta,
- 05 31 — osoba współpracująca z artystą,
- 05 40 — adwokat,
- 05 41 — osoba wykonująca inny wolny zawód niż adwokat,
- 05 42 — osoba współpracująca z osobą wykonującą wolny zawód,
- 06 10 — poseł lub senator pobierający uposażenie,
- 06 20 — poseł lub senator nie pobierający uposażenia,

- 07 10 — stypendysta sportowy pobierający stypendium (z wyjątkiem osób uczących się lub studiujących), jeśli nie podlega ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym oraz ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu,
- 07 20 — stypendysta sportowy pobierający stypendium (z wyjątkiem osób uczących się lub studiujących), jeśli podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu, a nie podlega z innego tytułu ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym,
- 08 00 — osoba wykonująca odpłatnie pracę na podstawie skierowania do pracy, w czasie odbywania kary pozbawienia wolności lub tymczasowego aresztowania,
- 09 10 — osoba bezrobotna pobierająca zasiłek dla bezrobotnych,
- 09 11 — osoba bezrobotna nie pobierająca zasiłku dla bezrobotnych,
- 09 20 — absolwent pobierający stypendium w okresie skierowania przez powiatowy urząd pracy na szkolenie lub odbycie stażu,
- 09 40 — osoba bezrobotna pobierająca zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne z powiatowego urzędu pracy,
- 10 10 — duchowny nie prowadzący działalności gospodarczej, opłacający składkę od minimalnej podstawy wymiaru,
- 10 11 — duchowny nie prowadzący działalności gospodarczej, opłacający składkę od nadwyżki ponad minimalną podstawę wymiaru,
- 10 20 — duchowny nie prowadzący działalności gospodarczej, będący członkiem zakonu kontemplacyjno-klauzurowego lub misjonarzem,
- 10 30 — duchowny prowadzący pozarolniczą działalność gospodarczą,
- 10 40 — alumn seminarium duchownego, nowicjusz, postulant, juniorysta przed ukończeniem 25 roku życia,
- 11 10 — żołnierz niezawodowy w służbie czynnej,
- 11 11 — osoba odbywająca formy zastępcze służby wojskowej,
- 11 12 — osoba odbywająca nadterminową zasadniczą służbę wojskową,
- 11 13 — osoba odbywająca okresową służbę wojskową,
- 11 20 — żołnierz zawodowy,
- 11 30 — funkcjonariusz Policji,
- 11 31 — funkcjonariusz UOP,
- 11 32 — funkcjonariusz Straży Granicznej,
- 11 33 — funkcjonariusz Państwowej Straży Pożarnej,
- 11 40 — funkcjonariusz Służby Więziennej,
- 11 50 — osoba w stanie spoczynku pobierająca uposażenie,
- 11 51 — osoba w stanie spoczynku pobierająca uposażenie rodzinne,
- 11 52 — osoba w stanie spoczynku pobierająca uposażenie po zwolnieniu ze służby,
- 12 10 — osoba przebywająca na urlopie wychowawczym, pozostająca na wyłącznym utrzymaniu osoby podlegającej ubezpieczeniu zdrowotnemu, jeśli nie ma ustalonego prawa do emerytury lub renty i nie ma innego tytułu rodzącego obowiązek ubezpieczeń społecznych,
- 12 11 — osoba przebywająca na urlopie wychowawczym, nie pozostająca na wyłącznym utrzymaniu osoby podlegającej ubezpieczeniu zdrowotnemu, jeśli nie ma ustalonego prawa do emerytury lub renty i nie ma innego tytułu rodzącego obowiązek ubezpieczeń społecznych,
- 12 20 — osoba przebywająca na urlopie wychowawczym, nie pozostająca na wyłącznym utrzymaniu osoby podlegającej ubezpieczeniu zdrowotnemu, jeśli ma ustalone prawo do emerytury lub renty,
- 12 30 — osoba przebywająca na urlopie wychowawczym, nie pozostająca na wyłącznym utrzymaniu osoby podlegającej ubezpieczeniu zdrowotnemu, jeśli nie ma ustalonego prawa do emerytury lub renty i ma inny tytuł rodzący obowiązek ubezpieczeń społecznych,
- 12 40 — osoba pobierająca zasiłek macierzyński, jeśli nie ma ustalonego prawa do emerytury lub renty i nie ma innego tytułu rodzącego obowiązek ubezpieczeń społecznych,
- 13 10 — osoba, która na podstawie odrębnych przepisów lub układów zbiorowych pracy pobiera świadczenia socjalne wypłacane w czasie urlopu,
- 13 20 — osoba, która pobiera zasiłek socjalny na czas przekwalifikowania zawodowego i poszukiwania nowego zatrudnienia,
- 14 10 — osoba, która z pomocy społecznej otrzymuje zasiłek stały,
- 14 11 — osoba, która z pomocy społecznej otrzymuje gwarantowany zasiłek okresowy,
- 14 20 — osoba, która z pomocy społecznej otrzymuje rentę socjalną,
- 14 21 — osoba, która z pomocy społecznej otrzymuje zasiłek stały wyrównawczy,
- 15 00 — małżonek pracownika skierowanego do pracy w przedstawicielstwie dyplomatycznym, urzędzie konsularnym, stałym przedstawicielstwie przy ONZ lub w innej misji specjalnej za granicą, w instytucie, ośrodku informacji kultury za granicą,
- 16 10 — obywatel polski wykonujący pracę w podmiocie zagranicznym za granicą,
- 16 20 — obywatel polski wykonujący pracę w podmiocie zagranicznym na terytorium RP, jeżeli podmiot nie posiada w Polsce swojej siedziby ani przedstawicielstw,
- 17 00 — osoba, która z powodu sprawowania opieki nad członkiem rodziny spełniającym warunki do przyznania zasiłku pielęgnacyjnego nie podlega ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym z innych tytułów,
- 18 10 — student lub uczestnik dziennych studiów doktoranckich, pozostający na wyłącznym utrzymaniu ubezpieczonego, jeśli nie podlega ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym z innego tytułu,
- 18 11 — student lub uczestnik dziennych studiów doktoranckich, nie pozostający na wyłącznym utrzymaniu ubezpieczonego, jeśli nie podlega ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym z innego tytułu,

- 18 20 — uczestnik innych niż dzienne studiów doktorskich, pozostający na wyłącznym utrzymaniu ubezpieczonego,
- 18 21 — student lub uczestnik dziennych studiów doktorskich, pozostający na wyłącznym utrzymaniu ubezpieczonego, jeśli podlega ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym z innego tytułu,
- 18 30 — słuchacz Krajowej Szkoły Administracji Publicznej,
- 19 00 — osoba kontynuująca ubezpieczenie,
- 20 10 — sędzia,
- 20 20 — prokurator,
- 21 10 — dziecko lub uczeń nie pozostający na wyłącznym utrzymaniu ubezpieczonego,
- 21 20 — słuchacz zakładu kształcenia nauczycieli nie pozostający na wyłącznym utrzymaniu ubezpieczonego,
- 22 10 — kombatant nie podlegający ubezpieczeniu społecznemu w RP,
- 22 20 — kombatant nie pobierający emerytury lub renty,
- 23 10 — cudzoziemiec, który przebywa na terytorium RP na podstawie karty stałego pobytu i nie jest zatrudniony w obcych przedstawicielstwach dyplomatycznych, urzędach konsularnych, misjach lub międzynarodowych instytucjach,
- 23 11 — cudzoziemiec, który przebywa na terytorium RP na podstawie karty stałego pobytu i jest zatrudniony w obcych przedstawicielstwach dyplomatycznych, urzędach konsularnych, misjach lub międzynarodowych instytucjach,
- 23 20 — cudzoziemiec, który przebywa na terytorium RP na podstawie karty czasowego pobytu w związku z udzieleniem statusu uchodźcy,
- 24 10 — osoby objęte dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym,
- 25 00 — emeryt lub rencista nie podlegający ubezpieczeniu społecznemu,
- 50 00 — osoba objęta innym tytułem ubezpieczeń.

Ustalone prawo do emerytury lub renty:

- 0 — osoba, która nie ma ustalonego prawa do emerytury lub renty,
- 1 — osoba, która ma ustalone prawo do emerytury,
- 2 — osoba, która ma ustalone prawo do renty.

Stopień niepełnosprawności:

- 0 — osoba nie posiadająca orzeczenia o niepełnosprawności,
- 1 — osoba, która ma orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności,
- 2 — osoba, która ma orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,
- 3 — osoba, która ma orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.

II. Kod stopnia pokrewieństwa/powinowactwa składa się z 2 znaków:

- 01 — małżonek,
- 11 — dziecko własne, przysposobione lub dziecko drugiego małżonka,

- 21 — wnuk lub dziecko obce przyjęte na wychowanie, również w ramach rodziny zastępczej,
- 30 — matka,
- 31 — ojciec,
- 32 — macocha,
- 33 — ojczym,
- 40 — babka,
- 41 — dziadek,
- 50 — osoby przysposabiające osoby ubezpieczone,
- 60 — inni krewni wstępni pozostający z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym, nie objęci obowiązkiem ubezpieczenia.

III. Kod stopnia niezdolności do pracy składa się z 2 znaków:

- 01 — osoba, która nie legitymuje się orzeczeniem w sprawie niezdolności do pracy,
- 11 — osoba niezdolna do pracy częściowo na czas nie określony,
- 12 — osoba niezdolna do pracy częściowo na czas określony,
- 13 — osoba niezdolna do pracy całkowicie na czas nie określony,
- 14 — osoba niezdolna do pracy całkowicie na czas określony,
- 15 — osoba całkowicie niezdolna do pracy i niezdolna do samodzielnej egzystencji na czas nie określony,
- 16 — osoba całkowicie niezdolna do pracy i niezdolna do samodzielnej egzystencji na czas określony,
- 20 — osoba, na której rzecz orzeczono celowość przekwalifikowania zawodowego ze względu na niezdolność do pracy w dotychczasowym zawodzie,
- 31 — osoba posiadająca orzeczoną III grupę inwalidzką przyznaną na czas nie określony,
- 32 — osoba posiadająca orzeczoną III grupę inwalidzką przyznaną na czas określony,
- 33 — osoba posiadająca orzeczoną II grupę inwalidzką przyznaną na czas nie określony,
- 34 — osoba posiadająca orzeczoną II grupę inwalidzką przyznaną na czas określony,
- 35 — osoba posiadająca orzeczoną I grupę inwalidzką przyznaną na czas nie określony,
- 36 — osoba posiadająca orzeczoną I grupę inwalidzką przyznaną na czas określony,
- 41 — osoba posiadająca stałą lub długotrwałą niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym, gdy przysługuje jej zasiłek pielęgnacyjny,
- 42 — osoba posiadająca stałą lub długotrwałą niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym, gdy nie przysługuje jej zasiłek pielęgnacyjny.

IV. Kod wykonywanego zawodu składa się z 7 znaków zawartych w „Klasyfikacji zawodów i specjalności”, wydanej na podstawie rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 20 kwietnia 1995 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. Nr 48, poz. 253).

V. Kod wykształcenia składa się z 2 znaków:

- 11 — wykształcenie niepełne podstawowe,
- 12 — wykształcenie podstawowe ukończone,

- 20 — wykształcenie zasadnicze zawodowe,
- 31 — wykształcenie średnie zawodowe/techniczne,
- 32 — wykształcenie średnie ogólnokształcące,
- 40 — wykształcenie policealne,
- 50 — wykształcenie wyższe (w tym licencjat).

VI. Kod pracy w szczególnych warunkach/w szczególnym charakterze ma postać:

- ◆ 5 pierwszych znaków jest zgodne z załącznikiem do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 7 lutego 1983 r. w sprawie wieku emerytalnego pracowników zatrudnionych w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze (Dz. U. Nr 8, poz. 43 z późn. zm.), z których:
 - w polu pierwszym wpisujemy nazwę wykazu (A lub B),
 - dwa następne znaki — to numer działu w wykazie podany cyframi arabskimi,
 - dwa znaki dalsze — to numer rodzaju pracy w dziale;
- ◆ 2 następne znaki — to kod zarządzenia resortowego według następującej listy:
 - 01 — Zarządzenie nr 9 Ministra Administracji, Gospodarki Terenowej i Ochrony Środowiska z dnia 1 lipca 1983 r.,
 - 02 — Zarządzenie nr 9 Ministra Budownictwa i Przemysłu Materiałów Budowlanych z dnia 1 sierpnia 1983 r.,
 - 03 — Zarządzenie nr 41 Ministra Finansów z dnia 17 maja 1985 r.,
 - 04 — Zarządzenie nr 17 Ministra Górnictwa i Energetyki z dnia 12 sierpnia 1983 r.,
 - 05 — Zarządzenie nr 19 Ministra Handlu Wewnętrznego i Usług z dnia 10 listopada 1986 r.,
 - 06 — Zarządzenie nr 3 Ministra Hutnictwa i Przemysłu Maszynowego z dnia 30 marca 1985 r.,
 - 07 — Zarządzenie nr 64 Ministra Komunikacji z dnia 29 czerwca 1983 r.,
 - 08 — Zarządzenie nr 50 Ministra Handlu Zagranicznego z dnia 13 grudnia 1983 r.,
 - 09 — Zarządzenie nr 26 Ministra Kultury i Sztuki z dnia 1 lipca 1983 r.,
 - 10 — Zarządzenie nr 33 Ministra Łączności z dnia 16 maja 1983 r.,
 - 11 — Zarządzenie nr 28 Ministra Pracy, Płac i Spraw Socjalnych z dnia 30 lipca 1986 r.,
 - 12 — Zarządzenie nr 37 Ministra Nauki, Szkolnictwa Wyższego i Techniki z dnia 25 października 1983 r.,
 - 13 — Zarządzenie nr 48 Ministra Obrony Narodowej z dnia 12 września 1983 r.,
 - 14 — Zarządzenie nr DK 4—1000—1/84 Ministra Oświaty i Wychowania z dnia 15 czerwca 1984 r.,
 - 15 — Zarządzenie nr 16 Ministra Rolnictwa, Leśnictwa i Gospodarki Żywnościowej z dnia 31 marca 1988 r.,
 - 16 — Zarządzenie nr 11/86 Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 4 marca 1986 r.,
 - 17 — Zarządzenie nr 51/83/CZZK Ministra Sprawiedliwości z dnia 20 października 1983 r.,
 - 18 — Zarządzenie nr 7 Ministra Przemysłu Chemicznego i Lekkiego z dnia 7 lipca 1987 r.,

- 19 — Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 12 lipca 1983 r. (Dz. Urz. MZiOS Nr 8, poz. 40 z późn. zm.),
- 20 — Zarządzenie nr 9 Ministra Gospodarki Materiałowej z dnia 31 maja 1983 r.,
- 21 — Zarządzenie nr 9 Prezesa Centralnego Urzędu Geologii z dnia 4 lipca 1983 r.,
- 22 — Zarządzenie nr 11 Przewodniczącego Komitetu do Spraw Młodzieży i Kultury Fizycznej z dnia 1 lipca 1988 r.,
- 23 — Zarządzenie nr 24 Ministra — Kierownika Urzędu Gospodarki Morskiej z dnia 15 sierpnia 1983 r.,
- 24 — Zarządzenie nr 24 Prezesa Polskiego Komitetu Normalizacji, Norm i Jakości z dnia 6 czerwca 1983 r.,
- 25 — Uchwała nr 64/83 Zarządu Głównego Centralnego Związku Spółdzielni Rolniczych „Samopomoc Chłopska” z dnia 25 lipca 1983 r.,
- 26 — Uchwała nr 184 Zarządu Centralnego Związku Spółdzielni Budownictwa Mieszkaniowego z dnia 20 maja 1983 r.,
- 27 — Uchwała nr 80/83 Zarządu Centralnego Związku Spółdzielczości Pracy z dnia 30 czerwca 1983 r.,
- 28 — Uchwała nr 38 Zarządu „Społem” Centralnego Związku Spółdzielni Spożywców z dnia 11 lipca 1983 r.,
- 29 — Uchwała nr 106 Zarządu Centralnego Związku Spółdzielni Inwalidów z dnia 20 lipca 1983 r.,
- 30 — Uchwała nr 16/83 Zarządu Centralnego Związku Spółdzielni Mleczarskich z dnia 27 czerwca 1983 r.,
- 31 — Uchwała nr 14/84 Zarządu Centrali i Spółdzielni Ogrodniczych i Pszczelarskich z dnia 23 marca 1984 r.,
- 32 — Zarządzenie nr 21 Prezesa Robotniczej Spółdzielni Wydawniczej „Prasa — Książka — Ruch” z dnia 21 października 1983 r.,
- 33 — Uchwała nr 41/83 Zarządu Głównego Związku Zakładów Doskonalenia Zawodowego z dnia 28 września 1983 r.,
- 34 — Zarządzenie nr 47 Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 17 czerwca 1983 r.,
- 35 — Zarządzenie nr 20 Sekretarza Naukowego Polskiej Akademii Nauk z dnia 16 czerwca 1983 r.,
- 36 — Zarządzenie nr 12/83 Naczelnego Redaktora Polskiej Agencji Prasowej (PAP) z dnia 31 maja 1983 r.,
- 37 — Uchwała nr 22 Zarządu „Cepelii” Centralnego Związku Spółdzielni Rękodzieła Ludowego i Artystycznego z dnia 1 czerwca 1983 r.,
- 38 — Zarządzenie Prezesa Narodowego Banku Polskiego z dnia 17 maja 1983 r.,
- 39 — Uchwała nr 62 Zarządu Centralnego Związku Spółdzielni Niewidomych z dnia 15 lipca 1983 r.,
- 40 — Zarządzenie nr 24 Przewodniczącego Komitetu do spraw Radia i Telewizji „Polskie Radio i Telewizja” z dnia 15 lipca 1988 r.,
- 41 — Uchwała Prezydium Zarządu Stowarzyszenia „PAX” z dnia 28 grudnia 1983 r.,

- 42 — Uchwała nr 19/84 Zarządu Centralnego Związku Budowlanych Spółdzielni Pracy z dnia 24 kwietnia 1984 r.,
 43 — Uchwała nr XXVIII/193/84 Zarządu Centralnego Związku Rolniczych Spółdzielni Produkcyjnych z dnia 15 marca 1984 r.,
 44 — Zarządzenie nr 17 Ministra — Kierownika Urzędu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej z dnia 2 sierpnia 1985 r.,
 45 — Zarządzenie nr 1/89 Ministra — Kierownika Urzędu do spraw Wyznań z dnia 6 stycznia 1989 r.,
 46 — Uchwała nr 24 Zarządu Krajowego Związku Rolników, Kótek i Organizacji Rolniczych z dnia 14 czerwca 1983 r.;

◆ ostatnie dwa znaki jest to numer określający stanowisko pracy jako punkt w pozycji rodzaj pracy — określony w wykazie szczegółowym stanowiącym załącznik do zarządzenia resortowego, stosowanego przez płatnika składek na podstawie odrębnych przepisów.

Kod pracy w szczególnym charakterze / lista A / oraz kod pracy pracowników kolejowych / lista B / składa się z 9 znaków.

Przy ustalaniu tych kodów nie stosuje się notacji określonej dla kodów wykorzystywanych w układzie załączników A i B do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 7 lutego 1983 r. w sprawie wieku emerytalnego pracowników zatrudnionych w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze i zarządzeń resortowych;

A: Kody pracy w szczególnym charakterze:

- 000320301 — pracownik organów kontroli państwowej,
 000320302 — pracownik organów administracji celnej, pracownik (ubezpieczony) wykonujący działalność twórczą lub artystyczną:
 032030301 — tancerz,
 032030302 — akrobata,
 032030303 — gimnastyk,
 032030304 — ekwilibrysta,
 032030305 — kaskader,
 032030306 — solista wokalista,
 032030307 — muzyk grający na instrumentach dętych,
 032030308 — treser zwierząt drapieżnych
 032030309 — artysta chóru,
 032030310 — żongler,
 032030311 — komik cyrkowy,
 032030312 — aktor teatru lalek,
 032030313 — aktorka,
 032030314 — dyrygentka,
 032030315 — muzyk grający na instrumentach smyczkowych,
 032030316 — muzyk grający na instrumentach perkusyjnych,
 032030317 — muzyk grający na instrumentach klawiszowych,
 032030318 — operator obrazu filmowego,
 032030319 — fotografik,
 000320304 — dziennikarz zatrudniony w redakcjach dzienników, czasopism, w radiu, telewi-

zji oraz w agencjach prasowych, informacyjnych, publicystycznych albo fotograficznych, objęty układem pracy dziennikarzy,

- 000320305 — nauczyciel, wychowawca lub inny pracownik pedagogiczny wykonujący pracę nauczycielską wymienioną w art. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982r. — Karta Nauczyciela,
 000320307 — pracownik jednostek ochrony przeciwpożarowej, o których mowa w art. 15 pkt 1a—5 i 8 ustawy z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej.

B: Kody pracy pracowników kolejowych:

- 000420101 — osoby pozostające w stosunku pracy w jednostkach organizacyjnych przedsiębiorstwa „PKP”, z wyłączeniem biur projektów kolejowych,
 000420102 — osoby pozostające w stosunku pracy w innych kolejowych jednostkach (komórkach) organizacyjnych, których pracownicy byli objęci dotychczasowymi przepisami o zaopatrzeniu emerytalnym pracowników kolejowych i ich rodzin.
 000430201 — okres zatrudnienia na kolei na parowym pojeździe trakcyjnym,
 000430202 — okres zatrudnienia na kolei na spalinywym pojeździe trakcyjnym,
 000430203 — okres zatrudnienia na kolei na elektrycznym pojeździe trakcyjnym,
 000430204 — okres zatrudnienia na kolei w drużynie konduktorskiej,
 000430205 — okres zatrudnienia na kolei na stanowisku manewrowego,
 000430206 — okres zatrudnienia na kolei na stanowisku ustawiacza.

VII. Kod Kasy Chorych składa się z 3 znaków, z których pierwsze 2 znaki — to znak kasy, a znak trzeci — to litera:

- R — dla Kasy Regionalnej,
 B — dla Kasy Branżowej,
 01R — Dolnośląska Regionalna Kasa Chorych we Wrocławiu,
 02R — Kujawsko-Pomorska Regionalna Kasa Chorych w Bydgoszczy,
 03R — Lubelska Regionalna Kasa Chorych w Lublinie,
 04R — Lubuska Regionalna Kasa Chorych w Zielonej Górze,
 05R — Łódzka Regionalna Kasa Chorych w Łodzi,
 06R — Małopolska Regionalna Kasa Chorych w Krakowie,
 07R — Mazowiecka Regionalna Kasa Chorych w Warszawie,
 08R — Opolska Regionalna Kasa Chorych w Opolu,
 09R — Podkarpacka Regionalna Kasa Chorych w Rzeszowie,
 10R — Podlaska Regionalna Kasa Chorych w Białymstoku,
 11R — Pomorska Regionalna Kasa Chorych Gdańsku,
 12R — Śląska Regionalna Kasa Chorych w Katowicach,

- 13R — Świętokrzyska Regionalna Kasa Chorych w Kielcach,
- 14R — Warmińsko-Mazurska Regionalna Kasa Chorych w Olsztynie,
- 15R — Wielkopolska Regionalna Kasa Chorych w Poznaniu,
- 16R — Zachodniopomorska Regionalna Kasa Chorych w Szczecinie,
- 17B — Branżowa Kasa Chorych dla Służb Mundurowych w Warszawie.

VIII. Kod stopnia niepełnosprawności:

- 0 — osoba nie posiadająca orzeczenia o stopniu niepełnosprawności,
- 1 — osoba, która ma orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności,
- 2 — osoba, która ma orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,
- 3 — osoba, która ma orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności,

IX. Kod przyczyny wyrejestrowania ubezpieczonego składa się z 3 pól:

- 100 — rozwiązanie lub wygaśnięcie stosunku pracy,
- 101 — rozwiązanie lub zakończenie umowy o pracę w celu przygotowania zawodowego,
- 102 — rozwiązanie lub zakończenie pracy osoby przyuczanej do wykonywania określonej pracy,
- 110 — rozwiązanie lub wygaśnięcie umowy o pracę nakładczą,
- 120 — rozwiązanie lub wygaśnięcie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia,
- 121 — zakończenie współpracy przy wykonywaniu umowy agencyjnej lub umowy zlecenia,
- 130 — wygaśnięcie obowiązku wykonywania pracy na rzecz rolniczej spółdzielni produkcyjnej,
- 131 — wygaśnięcie obowiązku wykonywania pracy na rzecz spółdzielni kółek rolniczych,
- 140 — zaprzestanie prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej,
- 141 — zaprzestanie wykonywania działalności twórczej lub artystycznej,
- 142 — zaprzestanie wykonywania wolnego zawodu,
- 143 — zakończenie współpracy przy prowadzeniu pozarolniczej działalności gospodarczej,
- 144 — zakończenie współpracy przy wykonywaniu działalności twórczej lub artystycznej,
- 145 — zakończenie współpracy przy wykonywaniu wolnego zawodu,
- 150 — utrata prawa do uposażenia poselskiego lub senatorskiego,
- 160 — zaprzestanie spełniania warunków do pobierania stypendium sportowego,
- 170 — zakończenie wykonywania odpłatnej pracy w czasie odbywania kary pozbawienia wolności lub tymczasowego aresztowania,
- 180 — utrata prawa do zasiłku dla bezrobotnych,
- 181 — utrata prawa do stypendium z tytułu skierowania przez powiatowy urząd pracy na szkolenie lub odbycie stażu,
- 182 — utrata prawa do pobierania zasiłku lub świadczenia przedemerytalnego z powiatowego urzędu pracy,

- 190 — wystąpienie ze stanu duchownego,
- 200 — zakończenie odbywania służby czynnej przez żołnierzy niezawodowych,
- 201 — zakończenie odbywania zastępczej formy służby wojskowej,
- 202 — zakończenie odbywania nadterminowej zasadniczej służby wojskowej,
- 203 — zakończenie odbywania okresowej zasadniczej służby wojskowej,
- 210 — zakończenie służby żołnierza zawodowego,
- 220 — zakończenie służby funkcjonariusza Policji,
- 221 — zakończenie służby funkcjonariusza UOP,
- 222 — zakończenie służby funkcjonariusza Straży Granicznej,
- 223 — zakończenie służby funkcjonariusza Państwowej Straży Pożarnej,
- 224 — zakończenie służby funkcjonariusza Służby Więziennej,
- 230 — zaprzestanie spełniania warunków do objęcia ubezpieczeniem obowiązkowym osób przebywających na urlopie wychowawczym,
- 231 — zaprzestanie spełniania warunków do objęcia ubezpieczeniem obowiązkowym osób przebywających na zasiłku macierzyńskim,
- 240 — utrata prawa do pobierania świadczenia socjalnego na podstawie odrębnych przepisów lub układów zbiorowych pracy,
- 241 — utrata prawa do pobierania zasiłku socjalnego na czas przekwalifikowania zawodowego i poszukiwania nowego zatrudnienia na podstawie odrębnych przepisów lub układów zbiorowych pracy,
- 250 — wydanie decyzji o zaprzestaniu opłacania składki za osobę pobierającą zasiłek stały z pomocy społecznej,
- 251 — wydanie decyzji o zaprzestaniu opłacania składki za osobę pobierającą gwarantowany zasiłek okresowy z pomocy społecznej,
- 252 — utrata prawa do pobierania renty socjalnej z pomocy społecznej,
- 253 — utrata prawa do pobierania zasiłku stałego wyrównawczego z pomocy społecznej,
- 300 — rezygnacja z dobrowolnych ubezpieczeń społecznych lub zaprzestanie spełniania warunków do tych ubezpieczeń z tytułu bycia małżonkiem pracownika skierowanego do pracy w przedstawicielstwie dyplomatycznym,
- 301 — rezygnacja z dobrowolnych ubezpieczeń społecznych lub zaprzestanie spełniania warunków do tych ubezpieczeń z tytułu bycia osobą, która z powodu stanu zdrowia członka rodziny wymagającego stałej opieki oraz pielęgnacji lub pomocy w czynnościach samoobsługowych nie podlega ubezpieczeniom społecznym z innych tytułów,
- 310 — rezygnacja z dobrowolnych ubezpieczeń społecznych lub zaprzestanie spełniania warunków do tych ubezpieczeń przez obywatela polskiego wykonującego pracę u podmiotu zagranicznego,
- 311 — rezygnacja z dobrowolnych ubezpieczeń społecznych lub zaprzestanie spełniania warunków do tych ubezpieczeń przez obywatela polskiego z tytułu wykonywania pracy u podmiotu zagranicznego na terytorium RP, jeżeli podmioty te

- nie posiadają w Polsce swojej siedziby ani przedstawicielstwa,
- 320 — rezygnacja z dobrowolnych ubezpieczeń społecznych lub zaprzestanie spełniania warunków z tytułu bycia studentem lub uczestnikiem dziennych studiów doktoranckich,
- 321 — rezygnacja z dobrowolnych ubezpieczeń społecznych lub zaprzestanie spełniania warunków z tytułu bycia uczestnikiem innych niżienne studiów doktoranckich,
- 322 — rezygnacja z ubezpieczeń społecznych lub zaprzestanie spełniania warunków z tytułu bycia słuchaczem Krajowej Szkoły Administracji Publicznej,
- 330 — rezygnacja z kontynuowania ubezpieczeń społecznych,
- 340 — utrata prawa do wykonywania zawodu sędziego,
- 341 — utrata prawa do wykonywania zawodu prokuratora,
- 342 — utrata prawa do wykonywania zawodu adwokata,
- 350 — utrata prawa do ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu pozostawania na wyłącznym utrzymaniu ubezpieczonego,
- 351 — utrata prawa do ubezpieczenia zdrowotnego dziecka, ucznia, słuchacza zakładów kształcenia nauczycieli, którzy nie pozostają na wyłącznym utrzymaniu ubezpieczonego,
- 360 — utrata prawa do ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu bycia kombatantem nie podlegającym ubezpieczeniom społecznym w RP lub nie pobierającym emerytury bądź renty,
- 370 — ustanie prawa do ubezpieczenia zdrowotnego cudzoziemca, który przebywa na terytorium RP na podstawie karty stałego pobytu,
- 371 — ustanie prawa do ubezpieczenia zdrowotnego cudzoziemca, który przebywa na terytorium RP na podstawie karty czasowego pobytu wydanej w związku z udzieleniem statusu uchodźcy,
- 372 — ustanie prawa do ubezpieczenia zdrowotnego cudzoziemca, który jest zatrudniony w obcych przedstawicielstwach dyplomatycznych, urzędach konsularnych, misjach lub międzynarodowych instytucjach,
- 373 — ustanie prawa do ubezpieczenia zdrowotnego cudzoziemca, który przebywa w RP na podstawie innych umów międzynarodowych,
- 400 — rezygnacja z dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego osoby nie objętej obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym,
- 500 — zgon osoby ubezpieczonej,
- 600 — inne przyczyny wyrejestrowania z ubezpieczeń,
- 601 — nabycie prawa do emerytury lub renty,
- 602 — powstanie zbiegu ubezpieczeń społecznych powodującego możliwość wyrejestrowania z tytułu dotychczasowego ubezpieczenia,
- 603 — porzucenie pracy lub zerwanie umowy, z tytułu której osoba podlegała ubezpieczeniom.

X. Kod rodzaju uprawnienia składa się z 2 znaków:

- 11 — wpis do ewidencji działalności gospodarczej,
- 12 — wpis do ewidencji placówek i szkół niepublicznych, prowadzonej przez kuratora oświaty,

- 13 — wpis do ewidencji placówek i szkół artystycznych niepublicznych, prowadzonej przez Ministra Kultury i Sztuki,
- 14 — wpis do ewidencji szkół medycznych niepublicznych, prowadzonej przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej,
- 15 — wpis do ewidencji szkół rolniczych i gospodarki żywnościowej niepublicznych, prowadzonej przez Ministra Rolnictwa i Gospodarki Żywnościowej,
- 16 — wpis do ewidencji szkół i placówek niepublicznych, prowadzonej przez innego właściwego ministra,
- 21 — wpis na listę radców prawnych,
- 22 — wpis na listę adwokatów,
- 23 — wpis do rejestru indywidualnych (specjalistycznych) praktyk lekarskich,
- 24 — wpis do rejestru indywidualnych praktyk (pielęgniarek i położnych),
- 31 — koncesja,
- 32 — zezwolenie na wykonywanie krajowego zarobkowego przewozu osób pojazdami samochodowymi,
- 33 — zezwolenie kuratora oświaty na założenie szkoły publicznej,
- 34 — zezwolenie Ministra Kultury i Sztuki na założenie szkoły artystycznej,
- 35 — zezwolenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej na założenie publicznej szkoły medycznej,
- 36 — zezwolenie Ministra Rolnictwa i Gospodarki Żywnościowej na założenie publicznej szkoły rolniczej i gospodarki żywnościowej,
- 37 — zezwolenie innego właściwego ministra na założenie szkoły publicznej innej niż wymienione,
- 40 — uprawnienie inne niż wymienione wyżej.

XI. Kod przyczyny wyrejestrowania płatnika z ubezpieczeń składa się z 3 znaków:

osoba fizyczna opłacająca składki wyłącznie za siebie:

- 111 — opłacająca składki wyłącznie za siebie — decyzja o wykreśleniu z ewidencji, rejestru lub skreślenie z listy,
- 112 — opłacająca składki wyłącznie za siebie — wygaśnięcie wydanego na czas określony uprawnienia do prowadzenia pozarolniczej działalności,
- 113 — oświadczenie o zaprzestaniu prowadzenia pozarolniczej działalności,
- 114 — złożenie wniosku o wyłączenie z ubezpieczeń społecznych osoby podlegającej dobrowolnie tym ubezpieczeniom,
- 115 — postanowienie sądu o ukończeniu postępowania upadłościowego,
- 116 — nabycie prawa do emerytury lub renty,
- 117 — zgon płatnika składek;

osoba fizyczna opłacająca składki także za innych ubezpieczonych:

- 121 — zgłoszenie wyrejestrowania ostatniej osoby (w tym siebie), za którą płatnik rozliczał i opłacał składki,
- 122 — postanowienie sądu o zakończeniu postępowania upadłościowego;

płatnik składek posiadający osobowość prawną:

- 211 — wykreślenie płatnika z rejestru przedsiębiorstw,
- 212 — wykreślenie płatnika z rejestru fundacji prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla miasta stołecznego Warszawy w Warszawie,
- 213 — wykreślenie płatnika z rejestru stowarzyszeń i partii politycznych,
- 214 — wykreślenie płatnika z rejestru spółdzielni,
- 215 — wykreślenie płatnika z rejestru spółek, prowadzonego przez wydział gospodarczy sądu rejonowego,
- 216 — wykreślenie płatnika z rejestru Kas Chorych prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla miasta stołecznego Warszawy w Warszawie,
- 217 — wykreślenie płatnika z innego rejestru niż wymienione wyżej,
- 220 — postanowienie sądu o zakończeniu postępowania upadłościowego,
- 230 — wyrejestrowanie na podstawie aktu prawnego ogłaszającego likwidację danej osoby prawnej,
- 240 — zgłoszenie wyrejestrowania z ubezpieczeń społecznych ostatniej osoby, za którą płatnik miał obowiązek rozliczać i opłacać składki;

płatnik będący jednostką organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, jednostka/zakład budżetowy:

- 311 — zarządzenie ministra, kierownika urzędu centralnego, wojewody o likwidacji jednostki budżetowej,
- 312 — decyzja ministra, kierownika urzędu centralnego, wojewody o likwidacji zakładu budżetowego, gospodarstwa pomocniczego jednostki budżetowej,
- 313 — decyzja rady gminy, rady powiatowej o likwidacji zakładu budżetowego, gospodarstwa pomocniczego jednostki budżetowej,
- 314 — ogłoszenie ustawy o likwidacji jednostki budżetowej, w odniesieniu do jednostek powołanych ustawą,
- 321 — decyzja o wykreśleniu spółki cywilnej z ewidencji działalności gospodarczej,
- 322 — wygaśnięcie uprawnień spółki cywilnej na prowadzenie działalności gospodarczej,
- 323 — rozwiązanie umowy,
- 330 — wykreślenie spółki jawnej z rejestru spółek, prowadzonego przez wydział gospodarczy sądu rejonowego,
- 340 — postanowienie sądu o zakończeniu postępowania upadłościowego,
- 350 — zgłoszenie wyrejestrowania z ubezpieczeń społecznych ostatniej osoby, za którą płatnik miał obowiązek rozliczać i opłacać składki,
- 600 — inne przyczyny wyrejestrowania płatnika.

XII. Typ identyfikatora

- P — PESEL,
- N — NIP,
- R — REGON,
- 1 — dowód osobisty,
- 2 — paszport.

XIII. Kod składników wynagrodzenia składa się z 2 znaków:

- 11 — wynagrodzenie zasadnicze,
- 12 — wynagrodzenie za pracę w godzinach nadliczbowych wraz z dopłatami,
- 21 — premia miesięczna,
- 22 — premia kwartalna,
- 31 — składniki wynagrodzenia przysługujące za okresy roczne,
- 32 — składniki wynagrodzenia wypłacane jednorazowo,
- 50 — inne składniki wynagrodzenia.

XIV. Kod świadczenia/przerwy składa się z 3 znaków:

Przerwa w opłacaniu składek:

- 111 — urlop bezpłatny udzielony na pisemny wniosek pracownika (art. 174 § 1 Kodeksu pracy),
- 112 — urlop bezpłatny udzielony w celu wykonywania pracy u innego pracodawcy (art. 174¹ § 1 Kodeksu pracy),
- 121 — urlop wychowawczy udzielony na podstawie § 1 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 28 maja 1996 r. w sprawie urlopów i zasiłków wychowawczych,
- 122 — urlop wychowawczy udzielony na podstawie § 2 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 28 maja 1996 r. w sprawie urlopów i zasiłków wychowawczych,
- 130 — okres, za który pracownikowi przysługuje odszkodowanie w związku ze skróceniem okresu wypowiedzenia umowy o pracę (art. 36¹ § 1 Kodeksu pracy),
- 140 — okres, za który nie są opłacane składki na ubezpieczenie emerytalne i rentowe z powodu przekroczenia w okresie roku kalendarzowego kwoty rocznej podstawy wymiaru składek,
- 151 — okres nieobecności w pracy usprawiedliwionej bez prawa do wynagrodzenia lub zasiłku,
- 152 — okres nieobecności w pracy nie usprawiedliwionej;

Rodzaj świadczenia:

- 211 — zasiłek porodowy,
- 212 — zasiłek wyrównawczy,
- 213 — zasiłek pogrzebowy,
- 220 — składniki wynagrodzenia przysługujące w okresie niezdolności do pracy, jeżeli nie zostały uwzględnione w podstawie wymiaru wypłaconego, za czas tej niezdolności, wynagrodzenia lub zasiłku;

Rodzaj świadczenia i przerwy:

- 311 — zasiłek macierzyński z ubezpieczenia chorobowego,
- 312 — zasiłek opiekuńczy z ubezpieczenia chorobowego,
- 313 — zasiłek chorobowy z ubezpieczenia chorobowego,
- 314 — zasiłek chorobowy z ubezpieczenia wypadkowego,
- 321 — świadczenie rehabilitacyjne z ubezpieczenia chorobowego,

- 322 — świadczenie rehabilitacyjne z ubezpieczenia wypadkowego,
 331 — wynagrodzenie za czas niezdolności do pracy z innych przyczyn niż wypadek przy pracy lub choroba zawodowa, finansowane ze środków pracodawcy,
 332 — wynagrodzenie za czas niezdolności do pracy z innych przyczyn niż wypadek przy pracy lub choroba zawodowa, finansowane ze środków Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych (FGŚP),
 333 — wynagrodzenie za czas niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową, finansowane ze środków pracodawcy,
 334 — wynagrodzenie za czas niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową, finansowane ze środków FGŚP,
 350 — inne świadczenia i przerwy.

XV. Kod choroby składa się z 1 znaku literowego, a w przypadku zbiegu chorób kod ma postać X/X. Wpisujący na formularze kod choroby będzie miał postać zgodną z drukiem L-4.

XVI. Kody dotyczące okresów pracy górniczej wykonywane w raporcie imiennym ZUS RGA

Kod okresu pracy górniczej (pole 01 w bloku III.C, IV.C, V.C, VI.C):

- 01 — praca zaliczana w wymiarze półtorakrotnym pracownikom zatrudnionym pod ziemią oraz w kopalniach siarki lub węgla brunatnego, o której mowa w art. 37 ust. 1 ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (FUS),
 02 — praca zaliczana w wymiarze półtorakrotnym na warunkach określonych w art. 37 ust. 2 ustawy o emeryturach i rentach z FUS na stanowiskach dozoru ruchu i kierownictwa ruchu pod ziemią, w kopalniach siarki lub w kopalniach węgla brunatnego,
 03 — praca, o której mowa w art. 36 ust. 1 pkt 3 ustawy o emeryturach i rentach z FUS, uznawana za pracę górniczą, pod warunkiem przepracowania co najmniej połowy dniówek roboczych pod ziemią,

- 04 — praca, o której mowa w art. 36 ust. 1 pkt 11 ustawy o emeryturach i rentach z FUS, uznawana za pracę górniczą, pod warunkiem przepracowania co najmniej połowy dniówek roboczych pod ziemią,
 05 — praca wykonywana pod ziemią stale i w pełnym wymiarze czasu pracy,
 06 — praca wykonywana stale i w pełnym wymiarze czasu pracy na odkrywce w kopalniach siarki i w otworowych kopalniach siarki,
 07 — praca wykonywana stale i w pełnym wymiarze czasu pracy na odkrywce w kopalniach węgla brunatnego.

XVII. Kod drużyny ratowniczej (pole 04 w bloku III.C, IV.C, V.C, VI.C):

- 1 — członkostwo w drużynie ratowniczej,
 2 — mechanik sprzętu ratowniczego drużyny ratowniczej.

XVIII. Kod dniówek / zjazdów (pole 10 w bloku III.C, IV.C, V.C, VI.C):

- 1 — dniówki pod ziemią,
 2 — dniówki zaliczane w wymiarze półtorakrotnym,
 3 — zjazdy,
 4 — dniówki na powierzchni,
 5 — dniówki na odkrywce,
 6 — dniówki w kopalniach otworowych siarki.

Uwaga! Z kodem 2 zaliczane są dniówki przodkowe i szybowe, o których mowa w art. 37 ust. 1 pkt 1 ustawy o emeryturach i rentach z FUS.

XIX. Kod urlopu/nieobecności usprawiedliwionej (pole 11 w bloku III.C, IV.C, V.C, VI.C):

- 1 — urlop wypoczynkowy,
 2 — urlop szkoleniowy,
 3 — delegacja służbowa,
 4 — usprawiedliwiona nieobecność w pracy z powodu okresowych badań lekarskich,
 5 — inne usprawiedliwione nieobecności.

XX. Kod stanowiska/pracy górniczej

składa się z 6 znaków.

Okodowane będą stanowiska pracy:

- 1) od 10001 do 10029 — na których zatrudnienie na odkrywce w kopalniach siarki, w otworowych kopalniach siarki oraz w przedsiębiorstwach i innych podmiotach wykonujących roboty górnicze dla kopalń siarki uważa się za pracę górniczą,
 2) od 20001 do 20032 — na których zatrudnienie na odkrywce w kopalniach węgla brunatnego i innych podmiotach wykonujących roboty górnicze dla kopalń węgla brunatnego uważa się za pracę górniczą,
 3) od 30101 do 30308 — na których okresy pracy pod ziemią oraz w kopalniach siarki i węgla brunatnego zalicza się w wymiarze półtorakrotnym,
 4) od 40001 do 40007 — dozoru ruchu i kierownictwa ruchu kopalń, na których praca wykonywana jest co najmniej przez połowę dniówek roboczych w miesiącu pod ziemią w celu zaliczenia tych okresów w wymiarze półtorakrotnym,
 5) od 510100 do 540500 — kierownictwa ruchu i dozoru ruchu podziemnych zakładów górniczych,

- na których zatrudnienie uważa się za pracę górniczą,
 6) od 610100 do 640500 — kierownictwa ruchu i dozoru ruchu podmiotów gospodarczych wykonujących dla podziemnych zakładów górniczych roboty górnicze, roboty przy budowie szybów, roboty budowlano-montażowe, roboty przy naprawie maszyn i wdrażaniu nowych urządzeń oraz wykonujących dla kopalń siarki i węgla brunatnego roboty górnicze, na których zatrudnienie uważa się za pracę górniczą,
 7) od 710100 do 740313 — kierownictwa ruchu i dozoru ruchu kopalń siarki i węgla brunatnego, na których zatrudnienie uważa się za pracę górniczą.
 Stanowiska ustala się według wykazów, stanowiących załączniki do rozporządzenia ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego w sprawie określenia niektórych stanowisk pracy górniczej oraz stanowisk pracy zaliczanej w wymiarze półtorakrotnym przy ustalaniu prawa do górni-

czej emerytury lub renty oraz ministra właściwego do spraw gospodarki w sprawie określenia stanowisk kierownictwa ruchu i dozoru ruchu pod ziemią, w kopalniach siarki i w kopalniach węgla brunatnego, na których zatrudnienie uważa się za pracę górniczą.

Do czasu wydania rozporządzeń przewidzianych w ustawie o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych stanowiska te ustala się na podstawie:

— rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 23 grudnia 1994 r. (Dz. U. z 1995 r. Nr 2, poz. 8) oraz

— zarządzenia nr 9 Ministra Przemysłu i Handlu z dnia 23 grudnia 1994 r. (Dz. Urz. MPiH z 1 lipca 1995 r. Nr 1, poz. 4).

Przy kodowaniu stanowisk określonych w pkt 1 — 4 należy jako pierwszy znak pola wpisać „0”, a jeżeli osoba zatrudniona na stanowisku określonym w wykazach 1—3 (z wyjątkiem stanowisk oznaczonych kodami: 30121,30210,30308) jest jednocześnie członkiem drużyny ratowniczej lub mechanikiem sprzętu ratowniczego w tej drużynie, należy jako pierwszy znak pola wpisać „8”; drugi znak wskazuje wykaz stanowisk, trzeci i czwarty — pozycję, a piąty i szósty — punkt w pozycji,

8) okodowane będą również stanowiska pracy:

530108 — praca na stanowisku oznaczonym kodem 530100, jeśli ubezpieczony jest równocześnie członkiem drużyny ratowniczej lub mechanikiem sprzętu ratowniczego,

530208 — praca na stanowisku oznaczonym kodem 530200, jeśli ubezpieczony jest równocześnie członkiem drużyny ratowniczej lub mechanikiem sprzętu ratowniczego,

540108 — praca na stanowisku oznaczonym kodem 540100, jeśli ubezpieczony jest równocześnie członkiem drużyny ratowniczej lub mechanikiem sprzętu ratowniczego,

540208 — praca na stanowisku oznaczonym kodem 540200, jeśli ubezpieczony jest równocześnie członkiem drużyny ratowniczej lub mechanikiem sprzętu ratowniczego,

630108 — praca na stanowisku oznaczonym kodem 630100, jeśli ubezpieczony jest równocześnie członkiem drużyny ratowniczej lub mechanikiem sprzętu ratowniczego,

630208 — praca na stanowisku oznaczonym kodem

630200, jeśli ubezpieczony jest równocześnie członkiem drużyny ratowniczej lub mechanikiem sprzętu ratowniczego,

640108 — praca na stanowisku oznaczonym kodem 640100, jeśli ubezpieczony jest równocześnie członkiem drużyny ratowniczej lub mechanikiem sprzętu ratowniczego,

640208 — praca na stanowisku oznaczonym kodem 640200, jeśli ubezpieczony jest równocześnie członkiem drużyny ratowniczej lub mechanikiem sprzętu ratowniczego,

9) ustala się także następujące kody dla pracy górniczej:
936101 — praca, o której mowa w art. 36 ust. 1 pkt 1 ustawy o emeryturach i rentach z FUS, wykonywana pod ziemią stale i w pełnym wymiarze czasu pracy,

836101 — praca oznaczona kodem 936101, jeżeli ubezpieczony jest równocześnie członkiem drużyny ratowniczej lub mechanikiem sprzętu ratowniczego,

936102 — praca, o której mowa w art. 36 ust. 1 pkt 2 ustawy o emeryturach i rentach z FUS, wykonywana pod ziemią stale i w pełnym wymiarze czasu pracy,

836102 — praca oznaczona kodem 936102, jeżeli ubezpieczony jest równocześnie członkiem drużyny ratowniczej lub mechanikiem sprzętu ratowniczego,

036103 — praca, o której mowa w art. 36 ust. 1 pkt 3 ustawy o emeryturach i rentach z FUS,

036106 — praca, o której mowa w art. 36 ust. 1 pkt 6 ustawy o emeryturach i rentach z FUS, w charakterze ratowników zawodowych w stacjach ratownictwa górniczego,

036107 — praca, o której mowa w art. 36 ust. 1 pkt 7 ustawy o emeryturach i rentach z FUS,

036108 — praca, o której mowa w art. 36 ust. 1 pkt 8 ustawy o emeryturach i rentach z FUS,

036109 — praca na stanowiskach nauczycieli /instruktorów/ zawodu w górniczych polach szkoleniowych pod ziemią oraz w kopalniach siarki i węgla brunatnego,

036110 — praca, o której mowa w art. 36 ust. 1 pkt 10 ustawy o emeryturach i rentach z FUS,

036111 — praca, o której mowa w art. 36 ust. 1 pkt 11 ustawy o emeryturach i rentach z FUS.

WYKAZ STANOWISK PRACY, NA KTÓRYCH ZATRUDNIENIE NA ODKRYWCE W KOPALNIACH SIARKI, W OTWOROWYCH KOPALNIACH SIARKI ORAZ W PRZEDSIĘBIORSTWACH I INNYCH PODMIOTACH WYKONUJĄCYCH ROBOTY GÓRNICZE DLA KOPALNÍ SIARKI UWAŻA SIĘ ZA PRACĘ GÓRNICZĄ

10001 — górnik kopalni odkrywkowej,

10002 — górnik kopalni otworowej,

10003 — górnik strażowy kopalni odkrywkowej,

10004 — górnik wiertacz kopalni odkrywkowej,

10005 — górnik mechanik aparatury kontrolno-pomiarowej kopalni otworowej,

10006 — operator koparek jednonaczyniowych na odkrywce,

10007 — operator spycharek i maszyn wieloczynnościowych na odkrywce,

10008 — operator koparek wielonaczyniowych i zwłotwarek na odkrywce,

10009 — operator koparek na polach górniczych w kopalni otworowej,

10010 — operator spycharek i maszyn wieloczynnościowych na polach górniczych w kopalni otworowej,

10011 — operator taśmociągów i urządzeń pomocniczych na odkrywce,

10012 — operator urządzeń rozdrabniających i sortowniczych na odkrywce,

10013 — operator pomp i sprzężarek na odkrywce, zatrudniony w przodku bezpośrednio w procesie urabiania,

- | | |
|---|---|
| 10014 — operator pomp i sprężarek na polach górniczych w kopalni otworowej, | 10023 — pomocnik wiertacza na polach górniczych w kopalni otworowej, |
| 10015 — operator urządzeń przenośnikowo-załadowniczych w kopalni otworowej, | 10024 — płuczkowy wierceń na polach górniczych w kopalni otworowej, |
| 10016 — operator ciągników i ładowarek samojezdnych na odkrywce oraz w kopalni otworowej, | 10025 — robotnik transportowy na odkrywce, |
| 10017 — operator agregatu cementacyjnego w kopalni otworowej, | 10026 — robotnik transportowy na polach górniczych w kopalni otworowej, |
| 10018 — monter urządzeń i wież wiertniczych na polach górniczych w kopalni otworowej, | 10027 — robotnik robót melioracyjnych i rekultywacji górniczej na odkrywce, |
| 10019 — motorowy wiertniczy na polach górniczych w kopalni otworowej, | 10028 — wydawca materiałów wybuchowych na odkrywce lub na polach górniczych w kopalni otworowej, |
| 10020 — pomiarowy na odkrywce, | 10029 — rzemieślnicy i inni robotnicy zatrudnieni stale na odkrywce lub na polach górniczych w kopalni otworowej przy wykonywaniu bieżących robót montażowych, konserwacyjnych i remontowych: ślusarze, spawacze, elektrycy, mechanicy, monterzy, wulkanizatorzy, cieśle. |
| 10021 — pomiarowy na polach górniczych w kopalni otworowej, | |
| 10022 — wiertacz na polach górniczych w kopalni otworowej, | |

WYKAZ STANOWISK PRACY, NA KTÓRYCH ZATRUDNIENIE NA ODKRYWCE W KOPALNIACH WĘGLA BRUNATNEGO ORAZ PRZEDSIĘBIORSTWACH I INNYCH PODMIOTACH WYKONUJĄCYCH ROBOTY GÓRNICZE DLA KOPALNÍ WĘGLA BRUNATNEGO UWAŻA SIĘ ZA PRACĘ GÓRNICZĄ

- | | |
|---|--|
| 20001 — górnik na odkrywce, | 20017 — operator rozjazdów transportu szynowego na odkrywce, |
| 20002 — górnik odwadniacz złóż na odkrywce, | 20018 — operator wysypu koparki na odkrywce, |
| 20003 — górnik strażowy na odkrywce i jego pomocnik, | 20019 — operator wysypu zwałowarki na odkrywce, |
| 20004 — elektromonter maszyn i urządzeń górniczych na odkrywce oraz elektromonter zatrudniony w stałej grupie remontowej na odkrywce, | 20020 — operator urządzeń za- i wyładunkowych na odkrywce, |
| 20005 — elektromonter i pomiarowy urządzeń automatyki i łączności na odkrywce, | 20021 — operator zwałowarki na odkrywce i jego pomocnik, |
| 20006 — kierowca operator samochodowego sprzętu technicznego na odkrywce, | 20022 — operator sprzętu pomocniczego i technologicznego na odkrywce, |
| 20007 — konserwator tras kolei górniczych na odkrywce, | 20023 — operator koparki jednonaczyniowej na odkrywce, |
| 20008 — konserwator tras przenośnikowych na odkrywce (górnicy eksploatacji taśmociągów), | 20024 — pomiarowy na odkrywce, |
| 20009 — maszynista kolei górniczej na odkrywce i jego pomocnik, | 20025 — robotnik robót melioracyjnych i rekultywacji górniczej na odkrywce, |
| 20010 — maszynista pomp odwodnienia odkrywki i jego pomocnik, | 20026 — spawacz maszyn i urządzeń górniczych na odkrywce oraz spawacz zatrudniony w stałej grupie remontowej na odkrywce i jego pomocnik, |
| 20011 — mechanik maszyn i urządzeń górniczych na odkrywce oraz mechanik zatrudniony w stałej grupie remontowej na odkrywce, | 20027 — taśmowy na odkrywce, |
| 20012 — operator mechanik urządzeń wiertniczych i aparatury wyciągowej na odkrywce i jego pomocnik, | 20028 — toromistrz i robotnik torowy na odkrywce, |
| 20013 — operator przenośników taśmowych na odkrywce i jego pomocnik, | 20029 — wiertacz na odkrywce i jego pomocnik, |
| 20014 — operator koparki wielonaczyniowej na odkrywce i jego pomocnik, | 20030 — wulkanizator taśm przenośnikowych na odkrywce i jego pomocnik, |
| 20015 — operator przesypu koparki na odkrywce, | 20031 — zsypany na odkrywce, |
| 20016 — operator przesypu zwałowarki na odkrywce, | 20032 — rzemieślnicy i inni robotnicy zatrudnieni stale na odkrywce przy wykonywaniu bieżących robót montażowych, konserwacyjnych i remontowych: ślusarze, spawacze, elektrycy, mechanicy, monterzy, wulkanizatorzy, automatycy, cieśle. |

WYKAZ STANOWISK PRACY, NA KTÓRYCH OKRESY PRACY POD ZIEMIĄ ORAZ W KOPALNIACH SIARKI I WĘGLA BRUNATNEGO ZALICZA SIĘ W WYMIARZE PÓŁTORAKROTNYM

- | | |
|--|--|
| Pod ziemią: | 30102 — górnik operator maszyn samojezdnych w przodkach, |
| 30101 — górnik kombajnista, strugowy, wrębiarz, tarnaista, | 30103 — górnik w ścianie, w komorze, zabierce, chodniku, ubierce, przybierce lub przekopie, przy |

- ładowaniu lub urabianiu ręcznym i mechanicznym oraz murarz, betoniarz, zbrojarz i cieśla w ścianie, w komorze, zabierce, chodniku lub przy przebudowie,
- 30104 — górnik ładowacz, wiertacz, murarz, betoniarz, zbrojarz i cieśla zatrudnieni przy głębieniu i przebudowie szybów i szybków oraz inni pracownicy zatrudnieni przy robotach szybowych — za czas pracy w szybach i szybkach,
- 30105 — górnik budowacz,
- 30106 — górnik wiertacz,
- 30107 — górnik strażowy i instruktor strażowy,
- 30108 — górnik rabunkarz,
- 30109 — pracownicy zatrudnieni przy obsłudze, konserwacji i przekładce przodkowych urządzeń odstawczych, budowie tam podsadzkowych, przebudowie rurociągów podsadzkowych w przodkach oraz podsadzaniu wyrobisk podsadzką,
- 30110 — górnik ługownik i monter rurociągów górniczych — zatrudnieni w przodkach w kopalniach soli przy urabianiu natryskowym,
- 30111 — górnik prostowacz elementów obudowy w przodkach,
- 30112 — górnik tamiarz,
- 30113 — górnik szlamiarz chodników wodnych, rzępi i osadników,
- 30114 — monitorzysta w komorze w oddziale hydraulicznym,
- 30115 — operator urządzeń energomechanicznych bezpośredniego napędu urządzeń eksploatacyjnych w przodkach oraz kołowrotów bezpieczeństwa w ścianach,
- 30116 — pracownicy zatrudnieni przy montażu, demontażu, likwidacji i transporcie obudów, maszyn urabiających, ładujących i transportujących w przodkach,
- 30117 — rzemieślnicy stale zatrudnieni pod ziemią w przodkach, szybach i szybkach przy bieżącej obsłudze i konserwacji sprzętu mechanicznego i elektrycznego oraz montażu, demontażu i konserwacji instalacji hydraulicznej, pneumatycznej, elektrycznej i sygnalizacyjnej,
- 30118 — młodszy górnik i pracownik niewykwalifikowany (pomoc dołowa) wykonujący pracę razem z pracownikami zatrudnionymi na stanowiskach oznaczonych kodami od 30101 do 30117,
- 30119 — pracownicy zatrudnieni na stanowiskach oznaczonych kodami od 30101 do 30118 przy robotach górniczych polegających na przebudowie chodników głównych i pomocniczych z równoczesną przybierką i nową obudową oraz na przebudowie szybów i szybków,
- 30120 — instruktorzy uczniów zasadniczych szkół górniczych i nauczyciele zawodu — za czas pracy w przodku,
- 30121 — ratownicy kopalnianych drużyn ratowniczych, ratownicy zatrudnieni w Centralnej Stacji Ratownictwa Górniczego lub okręgowych stacjach ratownictwa górniczego i mechanicy sprzętu ratowniczego drużyn kopalnianych,
- 30122 — pracownicy zatrudnieni przy opylaniu wyrobisk i zabudowie przeciwwybuchowych zapór pyłowych,
- 30123 — metaniarze zatrudnieni przy pomiarach w przodkach.
- W kopalniach siarki:
- 30201 — górnik kopalni odkrywkowej,
- 30202 — górnik strażowy kopalni odkrywkowej,
- 30203 — górnik wiertacz kopalni odkrywkowej,
- 30204 — operator koparek jednonaczyniowych na odkrywce,
- 30205 — operator spycharek i maszyn wieloczynnościowych na odkrywce,
- 30206 — operator koparek wielonaczyniowych i zwalówarek na odkrywce,
- 30207 — operator urządzeń rozdrabniających i sortowniczych na odkrywce,
- 30208 — operator pomp i sprężarek na odkrywce zatrudniony w przodku bezpośrednio w procesie urabiania,
- 30209 — rzemieślnicy zatrudnieni na odkrywce bezpośrednio w przodku stale i w pełnym wymiarze czasu pracy na koparkach i zwalówarkach, wykonujący prace górnicze, mechaniczne, elektryczne i hydrauliczne przy obsłudze, konserwacji, montażu i demontażu tych maszyn i urządzeń,
- 30210 — ratownicy kopalnianych drużyn ratowniczych, ratownicy zatrudnieni w Centralnej Stacji Ratownictwa Górniczego lub okręgowych stacjach ratownictwa górniczego i mechanicy sprzętu ratowniczego drużyn kopalnianych, wykonujący pracę górniczą na stanowiskach oznaczonych kodami od 10001 do 10029.
- W kopalniach węgla brunatnego:
- 30301 — górnik kopalni odkrywkowej,
- 30302 — górnik strażowy kopalni odkrywkowej,
- 30303 — operator koparek jednonaczyniowych na odkrywce,
- 30304 — operator spycharek i maszyn wieloczynnościowych na odkrywce,
- 30305 — operator koparek wielonaczyniowych i zwalówarek na odkrywce,
- 30306 — operator pomp i sprężarek na odkrywce zatrudniony w przodku bezpośrednio w procesie urabiania,
- 30307 — rzemieślnicy zatrudnieni na odkrywce bezpośrednio w przodku stale i w pełnym wymiarze czasu pracy na koparkach i zwalówarkach, wykonujący prace górnicze, mechaniczne, elektryczne i hydrauliczne przy obsłudze, konserwacji, montażu i demontażu tych maszyn i urządzeń,
- 30308 — ratownicy kopalnianych drużyn ratowniczych, ratownicy zatrudnieni w Centralnej Stacji Ratownictwa Górniczego lub okręgowych stacjach ratownictwa górniczego i mechanicy sprzętu ratowniczego drużyn kopalnianych, wykonujący pracę górniczą na stanowiskach oznaczonych kodami od 20001 do 20032.

WYKAZ STANOWISK DOZORU RUCHU I KIEROWNICTWA RUCHU KOPALŃ,
O KTÓRYCH MOWA W ART. 37 UST. 2 USTAWY

- 40001 — kierownik robót górniczych, kierownik robót pomocniczych, główny mechanik, główny elektryk,
- 40002 — kierownik wentylacji, odmetanowania, do spraw wyrzutów gazów i skał, do spraw tąpań,
- 40003 — nadsztygar i sztygar objazdowy: górniczy, mechaniczny, elektryczny, energetyczny, automatyki, hydrauliki, łączności, wentylacji, odmetanowania, strzałowy, szybowy, likwidacji, podsadzki, przewozu dołowego, profilaktyki pożarowej, wierceń, do spraw tąpań, do spraw wyrzutów gazów i skał, do spraw montażu i zbrojeń, do spraw obudowy i kierowania stropem,
- 40004 — sztygar oddziałowy, sztygar zmianowy, nadgórnik i dozorca oddziału: wydobywczego, robót przygotowawczych, odwodnieniowych, przewozu dołowego, podsadzki, urządzeń maszynowych, urządzeń elektrycznych, automatyki, hydrauliki, łączności, urządzeń wydobywczych, urządzeń wyciągowych i szybowych, pyłowego, likwidacji, wentylacji, odmetanowania, wierceń, szybowego, do spraw tąpań, do spraw wyrzutów gazów i skał, do spraw montażu i zbrojeń, do spraw obudowy i kierowania stropem,
- 40005 — technik strzałowy i pożarowy,
- 40006 — instruktor strzałowy,
- 40007 — inni pracownicy dozoru ruchu i kierownictwa ruchu kopalń, jeżeli przepracowali w danym miesiącu co najmniej połowę dniówek roboczych pod ziemią lub na odkrywce w kopalniach siarki i węgla brunatnego oraz w kopalniach otworowych siarki.

WYKAZ STANOWISK KIEROWNICTWA RUCHU I DOZORU RUCHU
PODZIEMNYCH ZAKŁADÓW GÓRNICZYCH, NA KTÓRYCH ZATRUDNIENIE UWAŻA SIĘ ZA PRACĘ GÓRNICZĄ

Stanowiska kierownictwa ruchu zakładu górniczego

- 510100 — Dyrektor przedsiębiorstwa wielozakładowego, kopalni, prezes zarządu spółki kopalni — kierownik ruchu zakładu górniczego,
- 510200 — Dyrektor techniczny przedsiębiorstwa, kopalni, naczelny inżynier i zastępca dyrektora, zastępca prezesa zarządu spółki kopalni, zawiadowca ruchu — zastępca kierownika ruchu zakładu górniczego,
- 510300 — Zawiadowca ruchu — kierownik ruchu części zakładu górniczego,
- 510400 — Kierownik robót górniczych.

Kierownik działu ruchu zakładu górniczego określonej specjalności /główny inżynier/:

- 510501 — górniczego,
- 510502 — energetyczno-maszynowego,
- 510503 — maszynowego / główny mechanik /,
- 510504 — energetycznego / główny energetyk /,
- 510505 — elektrycznego / główny elektryk /,
- 510506 — automatyki / główny automatyk /,
- 510507 — wentylacji,
- 510508 — bhp,
- 510509 — strzelniczego,
- 510510 — mierniczo-geologicznego,
- 510511 — mierniczego / główny mierniczy górniczy /,
- 510512 — geologicznego /główny geolog górniczy/,
- 510513 — hydrogeologicznego /główny hydrogeolog górniczy /,
- 510514 — geofizyki / główny geofizyk górniczy /,
- 510515 — przygotowania produkcji, rozwoju i projektowania procesów likwidacji zakładu górniczego,
- 510516 — inwestycji,
- 510517 — tąpań /zabezpieczenia wyrobisk i podsadzki /,
- 510518 — technologii górniczej,
- 510519 — mechaniki górotworu i obudowy.

Stanowiska wyższego dozoru ruchu zakładu górniczego

Nadsztygar /inżynier/ i sztygar objazdowy:

- 520101 — górniczy,
 - 520102 — wiertniczy,
 - 520103 — wentylacji, spraw pożarowych, klimatyzacji,
 - 520104 — mechaniki górotworu, obudowy, kierowania stropem, kotwienia górotworu,
 - 520105 — zabezpieczenia wyrobisk i podsadzki,
 - 520106 — ds. tąpań,
 - 520107 — ds. wyrzutów i gazów,
 - 520108 — ds. zagrożeń wodnych,
 - 520109 — ds. techniki strzałowej i gospodarki środkami strzałowymi,
 - 520110 — ochrony radiologicznej,
 - 520111 — odmetanowania,
 - 520112 — metanometrii,
 - 520113 — mechaniczny / maszynowy /,
 - 520114 — elektryczny,
 - 520115 — energetyczny,
 - 520116 — energomaszynowy /energomechaniczny/,
 - 520117 — maszyn dołowych,
 - 520118 — urządzeń szybowych i wyciągowych,
 - 520119 — urządzeń teletechnicznych,
 - 520120 — automatyki,
 - 520121 — spawalnictwa,
 - 520122 — bhp,
 - 520123 — przewozu dołowego,
 - 520124 — nadzoru inwestycji dołowych,
 - 520125 — likwidacji i zbrojeń urządzeń przodkowych,
 - 520126 — pyłowy,
 - 520127 — ds. mierniczo-geologicznych.
- 520200 — Kierownik kopalnianej stacji /drużyny/ ratownictwa górniczego,
- 520300 — Dyspozytor ruchu zakładu górniczego,
- 520400 — Kierownik gospodarki maszynami, smarami, technologii górniczej.

Starszy inspektor określonej specjalności:

- 520501 — nadzoru inwestycji dołowych,
 - 520502 — bhp,
 - 520503 — wykonawstwa remontów urządzeń,
 - 520504 — gospodarki maszynami, smarami, technologii górniczej,
 - 520505 — ds. przygotowania produkcji, rozwoju i projektowania procesów likwidacji zakładu górniczego,
 - 520506 — budownictwa górniczego,
 - 520507 — mierniczy.
- 520600 — Starszy mierniczy górniczy,
520700 — Starszy: geolog, hydrogeolog, geofizyk górniczy.

Stanowiska średniego dozoru ruchu zakładu górniczego

- 530100 — Szttygar oddziału dołowego według nazwy oddziału, którym kieruje,
530200 — Szttygar zmianowy oddziału dołowego według nazwy oddziału, w którym jest zatrudniony,
530300 — Szttygar spawalnictwa,
530400 — Mierniczy górniczy,
530500 — Asystent mierniczego górniczego,
530600 — Geolog, hydrogeolog, geofizyk górniczy.

Inspektor określonej specjalności:

- 530701 — bhp,
- 530702 — ds. przygotowania produkcji, rozwoju i projektowania procesu likwidacji zakładu górniczego,
- 530703 — nadzoru inwestycyjnego,
- 530704 — gospodarki maszynami, smarami, technologii górniczej,
- 530705 — mierniczy,
- 530706 — wykonawstwa remontów urządzeń.

Technik określonej specjalności:

- 530801 — pożarowy,
- 530802 — ds. tąpań,
- 530803 — pyłowy,
- 530804 — ds. zagrożeń wodnych,
- 530900 — dyspozytor ds. metanometrii i tąpań.

Stanowiska niższego dozoru ruchu zakładu górniczego:

- 540100 — nadgórnik w oddziale dołowym,
- 540200 — dozorca odpowiedniej specjalności zatrudniony w oddziale dołowym.

Specjalista /technik/ określonej specjalności:

- 540301 — mierniczy,
 - 540302 — geolog,
 - 540303 — hydrogeolog,
 - 540304 — geofizyk górniczy,
- 540400 — Instruktor strażowy,
540500 — Instruktor spawalniczy.

WYKAZ STANOWISK KIEROWNICTWA RUCHU I DOZORU RUCHU PODMIOTÓW GOSPODARCZYCH WYKONUJĄCYCH DLA PODZIEMNYCH ZAKŁADÓW GÓRNICZYCH ROBOTY GÓRNICZE, ROBOTY PRZY BUDOWIE SZYBÓW, ROBOTY BUDOWLANO-MONTAŻOWE, ROBOTY PRZY NAPRAWIE MASZYN I WDRAŻANIU NOWYCH URZĄDZEŃ ORAZ WYKONUJĄCYCH DLA KOPALŃ SIARKI I WĘGLA BRUNATNEGO ROBOTY GÓRNICZE, NA KTÓRYCH ZATRUDNIENIE UWAŻA SIĘ ZA PRACĘ GÓRNICZĄ

Stanowiska kierownictwa ruchu zakładu

- 610100 — Dyrektor, prezes zarządu — podmiotu gospodarczego,
610200 — Z-ca dyrektora ds. technicznych, wiceprezes zarządu ds. technicznych, naczelny inżynier podmiotu gospodarczego.

Główny inżynier:

- 610301 — podmiotu gospodarczego,
 - 610302 — górniczy,
 - 610303 — energomechaniczny /maszynowy/,
 - 610304 — wentylacji,
 - 610305 — ds. technologii górniczej,
 - 610306 — ds. bhp,
 - 610307 — ds. techniki strażowej,
 - 610308 — ds. montażu,
 - 610309 — ds. przygotowania produkcji.
- 610400 — Kierownik robót górniczych.

Główny:

- 610501 — mechanik ds. określonej grupy urządzeń mechanicznych,
- 610502 — energetyk ds. określonej grupy urządzeń energetycznych,
- 610503 — elektryk ds. określonej grupy urządzeń elektrycznych,
- 610504 — mierniczy górniczy /kierownik działu mierniczego/.

Stanowiska wyższego dozoru ruchu zakładu

Nadszttygar /inżynier/:

- 620101 — górniczy,
 - 620102 — wiertniczy i kierownik działu wierceń,
 - 620103 — wentylacji,
 - 620104 — ds. wyrzutów gazów i skał,
 - 620105 — strzelniczy,
 - 620106 — energomechaniczny /maszynowy/,
 - 620107 — mechaniczny dla określonego rodzaju robót lub urządzeń,
 - 620108 — energetyczny dla określonego rodzaju robót lub urządzeń,
 - 620109 — elektryczny dla określonego rodzaju robót lub urządzeń,
 - 620110 — podziemnych wdrożeń nowych technologii i urządzeń,
 - 620111 — urządzeń szybowych i wyciągowych,
 - 620112 — automatyki,
 - 620113 — nadzoru inwestycji dołowych,
 - 620114 — robót montażowych,
- 620200 — Główny specjalista do spraw górniczych i realizacji inwestycji górniczych.

Kierownik:

- 620301 — budowy i głębiania szybu,
- 620302 — określonej grupy robót /zespołu budów/ i jego zastępca,

- 620303 — wydziału montażowego /produkcyjnego/ i jego zastępca,
- 620304 — oddziału montażowego /produkcyjnego/,
- 620305 — kontroli technicznej,
- 620306 — wydziału rozruchowo-pomiarowego,
- 620307 — działu bhp.

Starszy inspektor:

- 620401 — nadzoru inwestycji dołowych,
- 620402 — bhp,
- 620403 — wykonawstwa remontów i urządzeń mechanicznych, elektrycznych, energetycznych,
- 620404 — gospodarki smarowniczej /gospodarki maszynami/,
- 620405 — ds. przygotowania produkcji,
- 620406 — ds. technologii górniczej,
- 620500 — Starszy mierniczy górniczy,
- 620600 — Starszy geolog.

Stanowiska średniego dozoru ruchu zakładu

- 630100 — Szttygar oddziału dołowego według nazwy oddziału, którym kieruje,
- 630200 — Szttygar zmianowy oddziału dołowego według nazwy oddziału, w którym jest zatrudniony,
- 630300 — Inspektor bhp, samodzielny specjalista /specjalista/ bhp,
- 630400 — Inspektor ds. przygotowania produkcji,
- 630500 — Inspektor gospodarki smarowniczej /gospodarki maszynami/,
- 630600 — Inspektor nadzoru inwestycyjnego,
- 630700 — Mierniczy górniczy,
- 630800 — Geolog,

- 630900 — Kierownik budowy,
- 631000 — Kierownik robót montażowych /zespołu robót montażowych/,
- 631100 — Kierownik określonej grupy robót,
- 631200 — Starszy inspektor /inspektor/ dla określonego rodzaju robót,
- 631300 — Starszy inspektor /inspektor/ montażowy,
- 631400 — Starszy inspektor /inspektor/ kontroli technicznej.

Stanowiska niższego dozoru ruchu zakładu

- 640100 — Nadgórník w oddziale dołowym,
- 640200 — Dozorca odpowiedniej specjalności zatrudniony w oddziale dołowym,
- 640300 — Instruktor strzałowy,
- 640400 — Mistrz /starszy majster, majster/ dla określonego rodzaju robót,
- 640500 — Brygadzysta dla określonego rodzaju robót.

Uwaga:

Za pracowników kierownictwa ruchu i dozoru ruchu podmiotów gospodarczych wykonujących roboty: górnicze, przy budowie szybów, budowlańczo-montażowe i specjalistyczne w podziemnych zakładach górniczych oraz wykonujących dla kopalń siarki i węgla brunatnego roboty górnicze uważa się tylko osoby posiadające kwalifikacje zgodne z art. 2 i art. 70 ust. 3, z uwzględnieniem przepisów art. 148 ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. — Prawo geologiczne i górnicze (Dz. U. Nr 27, poz. 96, ze zm.). Pracownikom kierownictwa ruchu i dozoru ruchu podmiotów gospodarczych uznaje się za pracę górniczą tylko zatrudnienie związane z nadzorem i kierowaniem robotami prowadzonymi w zakładach górniczych.

WYKAZ STANOWISK KIEROWNICTWA RUCHU I DOZORU RUCHU KOPALŃ SIARKI I WĘGLA BRUNATNEGO,
NA KTÓRYCH ZATRUDNIENIE UWAŻA SIĘ ZA PRACĘ GÓRNICZĄ

Stanowiska kierownictwa ruchu zakładu górniczego

- 710100 — Dyrektor przedsiębiorstwa, kopalni lub zakładu — kierownik ruchu zakładu górniczego,
- 710200 — Z-ca dyrektora przedsiębiorstwa kopalni lub zakładu ds. technicznych, górniczych, produkcji, inwestycji — z-ca kierownika ruchu zakładu górniczego,
- 710300 — Zawiaadowca ruchu kopalni, odkrywki — kierownik ruchu części zakładu górniczego,
- 710400 — Z-ca zawiadowcy ruchu kopalni, odkrywki — z-ca kierownika ruchu części zakładu górniczego;

Naczelný inżynier do spraw:

- 710501 — górniczych,
 - 710502 — inwestycji,
 - 710503 — energomechanicznych,
 - 710600 — Kierownik robót górniczych.
- Kierownik działu ruchu zakładu górniczego określonej specjalności /główny inżynier/:
- 710701 — górniczego /kierownik robót górniczych/,
 - 710702 — technologii górniczej /główny technolog/,
 - 710703 — mechanicznego /główny mechanik/,
 - 710704 — elektrycznego /główny elektryk/,
 - 710705 — energomechanicznego /główny energomechanik/,

- 710706 — energetycznego /główny energetyk/,
- 710707 — inwestycji górniczych,
- 710708 — automatyki i pomiarów,
- 710709 — bhp,
- 710710 — geologicznego /główny geolog górniczy/,
- 710711 — mierniczego /główny mierniczy górniczy/,
- 710712 — mierniczo-geologicznego,
- 710713 — kontroli jakości remontów,
- 710714 — kontroli technicznej,
- 710715 — wiertniczego,
- 710800 — Główny zmianowy inżynier ruchu lub zmianowy inżynier ruchu.

Stanowiska wyższego dozoru ruchu zakładu górniczego

Nadszttygar i sztygar objazdowy:

- 720101 — górniczy,
- 720102 — wiertniczy (kierownik działu wierceń),
- 720103 — urządzeń mechanicznych, mechaniczny,
- 720104 — urządzeń energetycznych, energetyczny,
- 720105 — urządzeń elektrycznych, elektryczny,
- 720106 — urządzeń energomechanicznych,
- 720107 — remontowy,
- 720108 — łączności, sygnalizacji i automatyzacji,
- 720109 — techniki strzałowej, inżynier strzałowy,
- 720110 — spawalnictwa,
- 720111 — bhp,
- 720112 — hydrogeologiczny,

- 720113 — wulkanizacji taśm przenośnikowych.
- 720200 — Kierownik kopalnianej stacji ratownictwa górniczego,
- 720300 — Główny dyspozytor, dyspozytor ruchu zakładu górniczego (kopalni, odkrywki),
- 720400 — Starszy mierniczy,
- 720500 — Starszy: geolog, hydrogeolog, geofizyk, geotechnik.

Starszy inspektor (główny specjalista) według specjalności:

- 720601 — górniczej,
- 720602 — wiertniczej,
- 720603 — geologicznej,
- 720604 — mierniczej,
- 720605 — geofizycznej,
- 720606 — hydrogeologicznej,
- 720607 — techniki strażowej,
- 720608 — inżynierii górniczej,
- 720609 — mechanicznej,
- 720610 — elektrycznej,
- 720611 — energetycznej,
- 720612 — automatyki i pomiarów,
- 720613 — teletechnicznej,
- 720614 — spawalniczej,
- 720615 — rekultywacji górniczej,
- 720616 — bhp,
- 720617 — nadzoru inwestycyjnego,
- 720618 — wulkanizacji taśm przenośnikowych.

Stanowiska średniego dozoru ruchu zakładu górniczego

- 730100 — Sztymar oddziału wiertniczego, wydobywczego i oddziału związanego z utrzymaniem ruchu, remontowego, wulkanizacji taśm przenośnikowych oraz rekultywacji górniczej według nazwy oddziału, którym kieruje,
- 730200 — Sztymar zmianowy oddziału wiertniczego, wydobywczego i oddziału związanego z utrzymaniem ruchu, remontowego, wulkanizacji taśm przenośnikowych oraz rekultywacji górniczej według nazwy oddziału, w którym jest zatrudniony,
- 730300 — Mierniczy,
- 730400 — Geolog, hydrogeolog, geofizyk, geotechnik.

Inspektor /specjalista/ według specjalności:

- 730501 — górniczej,
 - 730502 — wiertniczej,
 - 730503 — mierniczej,
 - 730504 — geologicznej,
 - 730505 — geofizycznej,
 - 730506 — hydrogeologicznej,
 - 730507 — techniki strażowej,
 - 730508 — inżynierii górniczej,
 - 730509 — mechanicznej,
 - 730510 — elektrycznej,
 - 730511 — energetycznej,
 - 730512 — automatyki i pomiarów,
 - 730513 — teletechnicznej,
 - 730514 — spawalniczej,
 - 730515 — rekultywacji górniczej,
 - 730516 — bhp,
 - 730517 — nadzoru inwestycyjnego,
 - 730518 — wulkanizacji taśm przenośnikowych.
- 730600 — Dyspozytor zmianowy ruchu zakładu górniczego,
- 730700 — Technik strażowy.

Stanowiska niższego dozoru ruchu zakładu górniczego

- 740100 — Nadgórnik,
- 740200 — Dozorca odpowiedniej specjalności zatrudniony w oddziale wydobywczym, w oddziale związanym z utrzymaniem ruchu, remontowym, wulkanizacji taśm przenośnikowych lub rekultywacji górniczej.

Technik według specjalności:

- 740301 — górniczej,
- 740302 — wiertniczej,
- 740303 — geologicznej,
- 740304 — mierniczej,
- 740305 — geofizycznej,
- 740306 — hydrogeologicznej,
- 740307 — inżynierii górniczej,
- 740308 — mechanicznej,
- 740309 — teletechnicznej,
- 740310 — spawalniczej,
- 740311 — rekultywacji górniczej,
- 740312 — bhp,
- 740313 — nadzoru inwestycyjnego.

Egzemplarze bieżące i z lat ubiegłych oraz załączniki można nabywać na podstawie nadesłanego zamówienia w Wydziale Wydawnictw i Poligrafii Gospodarstwa Pomocniczego Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, ul. Powsińska 69/71, 02-903 Warszawa

Reklamacje z powodu niedoręczenia poszczególnych numerów zgłaszać należy na piśmie do Wydziału Wydawnictw i Poligrafii Gospodarstwa Pomocniczego Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, ul. Powsińska 69/71, 02-903 Warszawa, do 15 dni po otrzymaniu następnego kolejnego numeru

O wszelkich zmianach nazwy prenumeratora lub adresu prosimy niezwłocznie informować na piśmie Wydział Wydawnictw i Poligrafii Gospodarstwa Pomocniczego Kancelarii Prezesa Rady Ministrów

Wydawca: Kancelaria Prezesa Rady Ministrów

Redakcja: Biuro Dziennika Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej i Dziennika Urzędowego Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”
Al. Ujazdowskie 1/3, 00-583 Warszawa, P-29

Skład, organizacja druku i kolportaż: Wydział Wydawnictw i Poligrafii Gospodarstwa Pomocniczego Kancelarii Prezesa Rady Ministrów
ul. Powsińska 69/71, 02-903 Warszawa, tel. 694-67-50, 694-67-52 i 694-67-03, fax 694-62-06

Tłoczono z polecenia Prezesa Rady Ministrów w Wojskowych Zakładach Graficznych, ul. Grzybowska 77, 00-844 Warszawa