

1634**ROZPORZĄDZENIE MINISTRA PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ¹⁾**

z dnia 14 listopada 2007 r.

zmieniające rozporządzenie 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. z 2007 r. Nr 11, poz. 74, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu 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 (Dz. U. Nr 149, poz. 982, z późn. zm.³⁾) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) załącznik nr 1 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 1 do niniejszego rozporządzenia;
- 2) uchyla się załącznik nr 2 do rozporządzenia;
- 3) załącznik nr 3 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 2 do niniejszego rozporządzenia;
- 4) załącznik nr 4 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 3 do niniejszego rozporządzenia;
- 5) załącznik nr 5 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 4 do niniejszego rozporządzenia;
- 6) załącznik nr 6 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 5 do niniejszego rozporządzenia;
- 7) załącznik nr 13 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 6 do niniejszego rozporządzenia;
- 8) załącznik nr 14 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 7 do niniejszego rozporządzenia;

- 9) załącznik nr 15 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 8 do niniejszego rozporządzenia;
- 10) załącznik nr 16 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 9 do niniejszego rozporządzenia;
- 11) załącznik nr 17 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 10 do niniejszego rozporządzenia;
- 12) załącznik nr 18 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 11 do niniejszego rozporządzenia;
- 13) załącznik nr 19 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 12 do niniejszego rozporządzenia;
- 14) w załączniku nr 20 do rozporządzenia w części I. Kod tytułu ubezpieczenia w dziale 1. Podmiot podstawowy wraz z rozszerzeniem:

a) skreśla się wyrazy:

„05 60 — osoba niepełnosprawna podejmująca po raz pierwszy prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej niemająca ustalonego prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, wnioskująca o dofinansowanie składek na ubezpieczenia społeczne ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie art. 25 ust. 3b ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123, poz. 776, z późn. zm.), dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 60 % kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia

05 61 — osoba niepełnosprawna podejmująca po raz pierwszy prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej niemająca ustalonego prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, wnioskująca o dofinansowanie składek na ubezpieczenia społeczne ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie art. 25 ust. 3b ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne sta-

¹⁾ Minister Pracy i Polityki Społecznej kieruje działem administracji rządowej — zabezpieczenie społeczne, na podstawie § 1 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 1 marca 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Pracy i Polityki Społecznej (Dz. U. Nr 38, poz. 243, Nr 110, poz. 760 i Nr 148, poz. 1041).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2007 r. Nr 17, poz. 95, Nr 21, poz. 125, Nr 112, poz. 769, Nr 115, poz. 791, 792 i 793 i Nr 176, poz. 1243.

³⁾ Zmiany wymienionego rozporządzenia zostały ogłoszone w Dz. U. z 2002 r. Nr 120, poz. 1027, z 2003 r. Nr 150, poz. 1457, z 2004 r. Nr 1, poz. 3, Nr 101, poz. 1039 i Nr 277, poz. 2753 oraz z 2006 r. Nr 53, poz. 387.

nowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 30 % kwoty minimalnego wynagrodzenia”,

b) skreśla się wyrazy:

„05 62 — osoba niepełnosprawna podejmująca po raz pierwszy prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej mająca ustalone prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy, wnioskująca o dofinansowanie składek na ubezpieczenia społeczne ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie art. 25 ust. 3b ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 60 % kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia

05 63 — osoba niepełnosprawna podejmująca po raz pierwszy prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej mająca ustalone prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy, wnioskująca o dofinansowanie składek na ubezpieczenia społeczne ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie art. 25 ust. 3b ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 30 % kwoty minimalnego wynagrodzenia”,

c) wyrazy „07 10 — stypendysta sportowy pobierający stypendium podlegający z tego tytułu ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym oraz ubezpieczeniu zdrowotnemu” zastępuje się wyrazami:

„07 10 — stypendysta sportowy pobierający stypendium podlegający z tego tytułu ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym oraz ubezpieczeniu zdrowotnemu albo wyłącznie ubezpieczeniu zdrowotnemu”,

d) wyrazy „09 10 — osoba bezrobotna pobierająca zasiłek dla bezrobotnych” zastępuje się wyrazami:

„09 10 — osoba bezrobotna pobierająca zasiłek dla bezrobotnych oraz osoba pobierająca świadczenie integracyjne”,

e) wyrazy „09 41 — osoba pobierająca zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne, zamieszkała w innym niż Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub Europej-

skiego Obszaru Gospodarczego” zastępuje się wyrazami:

„09 41 — osoba pobierająca zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne, zamieszkała w innym niż Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej, Konfederacji Szwajcarskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) — stronie umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym”,

f) wyrazy „25 01 — emeryt lub rencista zamieszkały w innym niż Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub Europejskiego Obszaru Gospodarczego, którego składka na ubezpieczenie zdrowotne finansowana jest przez świadczeniobiorcę” zastępuje się wyrazami:

„25 01 — emeryt lub rencista zamieszkały w innym niż Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej, Konfederacji Szwajcarskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) — stronie umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, którego składka na ubezpieczenie zdrowotne finansowana jest przez świadczeniobiorcę”,

g) wyrazy „25 11 — emeryt lub rencista zamieszkały w innym niż Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub Europejskiego Obszaru Gospodarczego, którego składka na ubezpieczenie zdrowotne finansowana jest z budżetu państwa” zastępuje się wyrazami:

„25 11 — emeryt lub rencista zamieszkały w innym niż Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej, Konfederacji Szwajcarskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) — stronie umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, którego składka na ubezpieczenie zdrowotne finansowana jest z budżetu państwa”.

§ 2. Do wypełniania dokumentów dotyczących okresu od dnia 1 kwietnia 2006 r. do dnia 31 grudnia 2007 r. kody tytułu ubezpieczenia, Podmiot podstawowy wraz z rozszerzeniem oznaczone symbolami: 05 10, 05 60, 05 61 i 05 70 stosuje się odpowiednio w brzmieniu:

„05 10 — osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 60 % kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia

05 60 — osoba niepełnosprawna podejmująca po raz pierwszy prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej, wnioskująca o dofinansowanie składek na ubezpieczenia społeczne ze środków Państwowego Funduszu

Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie art. 25 ust. 3b ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 60 % kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia

05 61 — osoba niepełnosprawna podejmująca po raz pierwszy prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej, wnioskująca o dofinansowanie składek na ubezpieczenia społeczne ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie art. 25 ust. 3b ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 30 % kwoty minimalnego wynagrodzenia

05 70 — osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 30 % kwoty minimalnego wynagrodzenia”.

§ 3. Kod tytułu ubezpieczenia, Podmiot podstawowy wraz z rozszerzeniem oznaczony jako „05 50 — absolwent prowadzący pozarolniczą działalność zwolniony z obowiązku opłacania składek na ubezpieczenie emerytalne” stosuje się do wypełniania dokumentów dotyczących okresu do dnia 31 maja 2005 r.

§ 4. W przypadku ubezpieczonych niewyrejestrowanych z ubezpieczeń społecznych lub z ubezpieczenia zdrowotnego przed dniem 1 stycznia 2008 r., których kod tytułu ubezpieczenia w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem stosuje się od dnia 1 stycznia 2008 r., składa się dokument o symbolu ZUS ZWUA, podając jako datę wyrejestrowania z ubezpieczeń dzień 1 stycznia 2008 r. i dotychczasowy kod tytułu ubezpieczenia, oraz dokument o symbolu

ZUS ZUA lub ZUS ZZA, podając jako datę powstania obowiązku ubezpieczeń dzień 1 stycznia 2008 r. i nowy kod tytułu ubezpieczenia.

§ 5. Kody tytułu ubezpieczenia, Podmiot podstawowy wraz z rozszerzeniem oznaczone jako:

„05 12 — osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą mająca ustalone prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy, dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 60 % kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia

05 72 — osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą mająca ustalone prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy, dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 30 % kwoty minimalnego wynagrodzenia”

stosuje się do wypełniania dokumentów dotyczących okresu od dnia 1 stycznia 2008 r.

§ 6. Płatnicy składek mogą posługiwać się wzorami dokumentów, o których mowa w § 1 pkt 1—13, w dotychczasowym brzmieniu:

- 1) do czasu wyczerpania zapasów, jeżeli dokumenty są przekazywane w formie dokumentu pisemnego;
- 2) do dnia 31 grudnia 2007 r., jeżeli dokumenty są przekazywane w formie dokumentu elektronicznego utworzonego w programie informatycznym albo w formie wydruku z tego programu.

§ 7. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 7 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem § 1 pkt 14 lit. a, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2008 r.

Minister Pracy i Polityki Społecznej:

J. Kluzik-Rostkowska

Załączniki do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 listopada 2007 r. (poz. 1634)

Załącznik nr 1

PŁATNIK 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 ZUA	strona: 1	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ
-----------------------------------	----------------	-----------	---

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ (jeśli TAK, wpisać 4)

02. 03. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2)
DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ
(nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych) ¹⁾

04. Data nadania (dd / mm / rr)

05. Nalepka „R”

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 / rr)

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 / rr)

IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ

01. Imię drugie

02. Nazwisko rodowe

03. Obywatelstwo

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

05.

06.

V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA

01. Kod tytułu ubezpieczenia ²⁾

02.

VI. DANE O OBOWIĄZKOWYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH

01.

02. Data powstania
obowiązku ubezpieczeń
(dd / mm / rr)

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

03. Emerytalnemu

04. Rentowym

05. Chorobowemu

06. Wypadkowemu

VII. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

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

02.

VIII. DANE O DOBROWOLNYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH

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

01. Emerytalnym

02. Od dnia (dd / mm / rr)

03. Rentowymi

04. Od dnia (dd / mm / rr)

05. Chorobowym

06. Wypadkowemu

07. Od dnia (dd / mm / rr)

IX. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

01. Data rozpoczęcia
ubezpieczenia (dd / mm / rr)

02.

X. INNE DANE O OSOBE ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ

01.

02.

03.

04.

05. Kod wykonywanego
zawodu ³⁾

06.

07.

08.

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 cd.
09. Kod pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze²⁾ (dd / mm / rr)
10. Okres pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze (dd / mm / rr)

XI. DANE O ODDZIALE NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

01. Kod oddziału¹⁾ NFZ

03.

XII. ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU

01. Kod pocztowy

02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu

06. Numer lokalu

07. Numer telefonu

08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

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

01. Kod pocztowy

02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu

06. Numer lokalu

07. Numer telefonu

08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

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

01. Kod pocztowy

02. Miejscowość

03. Ulica

04. Numer domu

05. Numer lokalu

06. Skrytka pocztowa

07. Numer telefonu

08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

09. Adres poczty elektronicznej

XV. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rr)

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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęćka płatnika

XVI. OŚWIADCZENIE OSOBY ZGŁASZANEJ / ZGŁOSZONEJ DO UBEZPIECZENIA

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

01. Podpis osoby zgłaszanej / zgłoszonej do ubezpieczenia

XVII. ADNOTACJE ZUS

1) W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZIUA.

2) Wpisać odpowiedni kod podany w Instrukcji.

3) Dla określonego kodu tytułu ubezpieczenia należy wypełnić formularz ZUS ZBA.

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	ZCNA	strona: 1	ZGŁOSZENIE DANYCH O CZŁONKACH RODZINY DLA CEŁÓW UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO
-----------------------------------	------------	-------------	------------------	--

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Data nadania (dd / mm / rrr) 02. Nalepka „R”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PŁATNIKA SKŁADEK

01. NIP (wpisać bez kresek) 02. REGON

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

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

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

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

III. DANE IDENTYFIKACYJNE
OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

05. Nazwisko

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

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 / rrr)

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

07. Nazwisko

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

10. Kod stopnia pokrewieństwa / powinowactwa ¹⁾ 11.

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 zamieszkania ubezpieczonego)

01. Kod pocztowy 02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu 06. Numer lokalu

07. Numer telefonu 08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy
adres jest inny niż polski)

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	ZCNA	strona 2	ZGŁOSZENIE DANYCH O CZŁONKACH RODZINY DLA CELÓW UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO
-----------------------------------	------------	-------------	-----------------	--

V. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ UPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z 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 / rrr)

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 / rrr)

10. Kod stopnia pokrewieństwa / powinowactwa ¹⁾

11.

12. Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie
domowym z osobą ubezpieczoną? Jeżeli TAK, wpisać X.

13. Kod stopnia niepełnosprawności ¹⁾

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

01. Kod pocztowy

02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu

06. Numer lokalu

07. Numer telefonu

08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy
adres jest inny niż polski)

VI. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrr)

VII. OŚWIADCZENIE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęćka płatnika

01. Podpis osoby ubezpieczonej

VIII. ADNOTACJE ZUS

¹⁾ Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji.

PŁATNIK WYPEŁNIA 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 ZZA	strona: 1	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH
-----------------------------------	----------------	------------------	---

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO (jeśli TAK, wpisać -1)
02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać -1) / KOREKTY (wpisać -2) DANYCH¹⁾

03. Data nadania (dd / mm / rr) 04. Nalepka „R”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. NIP (wpisać bez kresek) 02. REGON

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

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

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

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 / rr)

IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA

01. Imię drugie

02. Nazwisko rodowe

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

05. 06.

V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA

01. Kod tytułu ubezpieczenia^{2),3)}

VI. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

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

VII. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

01. Data rozpoczęcia ubezpieczenia (dd / mm / rr) 02.

VIII. DANE O ODDZIALE NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

01. Kod oddziału¹⁾ NFZ 03.

IX. ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU

01. Kod pocztowy 02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu 06. Numer lokalu

07. Numer telefonu 08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ 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 / Dzielnica	
04. Ulica	
05. Numer domu	06. Numer lokalu
07. Numer telefonu	08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

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

01. Kod pocztowy	02. Miejscowość
03. Ulica	
04. Numer domu	05. Numer lokalu
06. Skrytka pocztowa	07. Numer telefonu
08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)	
09. Adres poczty elektronicznej	

XII. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rr)

--	--	--	--	--	--

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

01. Podpis osoby zgłaszanej / zgłoszonej do ubezpieczenia

XIV. ADNOTACJE ZUS

--

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

PLATNIK WYPELNIAT TO FORMULARZ JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWA NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANymi LITERAMI, CZYFAMI LUB NIEBIEŻĄCYMI KROPEM. PRZED WYPELNIENIEM ZAPROSIJĄ SIĘ Z OBJASNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZENIA SPOŁECZNYCH **ZUS ZIUA** ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wypisać - 1) / KOREKTY (wypisać - 2)
DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ

02. Data nadania (dd / mm / rrrr) 03. Nalepka „R”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. NIP (wypisać bez kreszek)

02. REGION

03. PESEL

INNY NUMER
04. Rodzaj dokumentu:
jeśli dowód osobisty, wypisać 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

III. POPRZEDNIE DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. PESEL

02. NIP (wypisać bez kreszek)

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. AKTUALNE DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

IV. AKTUALNE DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. PESEL

02. NIP (wypisać bez kreszek)

03. Rodzaj dokumentu

(wypełnić jak pole II.04) 04. Seria i numer dokumentu

05. Nazwisko

06. Imię pierwsze

07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

V. OSWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

VI. OSWIADCZENIE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęć płatnika

01. Podpis osoby ubezpieczonej

VII. ADNOTACJE ZUS

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
-----------------------------------	-----------------	--------------------------------------

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ (jeśli TAF, wpisać X) 04. ZGŁOSZENIE KOREKTY DANYCH O WYREJESTROWANIU Z UBEZPIECZEŃ (jeśli TAF, wpisać X)

02. 03.

05. Data nadania (dd / mm / rrrr) 06. Nalepka „R”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA 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. 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 ¹⁾	Wyrejestrowanie z ubezpieczeń od dnia (dd / mm / rrrr)	Kod przyczyny wyrejestrowania ²⁾
01.	03.	04.
05.	06.	07.
08.	09.	10.
11.	12.	13.
14.	15.	16.

V.

01. 02.

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(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęćka płatnika

VII. OŚWIADCZENIE OSOBY WYREJESTROWYWANEJ Z UBEZPIECZEŃ

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

01. Podpis osoby wyrejestrowywanej z ubezpieczeń

VIII. 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 ZPA	strona: 1	ZGŁOSZENIE / ZMIANA DANYCH PLATNIKA SKŁADEK - OSOBY PRAWNEJ LUB JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ NIEPOSIADAJĄCEJ OSOBOWOŚCI PRAWNEJ
--------------------------------	----------------	-----------	--

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

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)	
02. Czy płatnik jest jednostką budżetową w rozumieniu ustawy z dnia 30.06.2005 r. o finansach publicznych? Jeśli TAK, wpisać X.	03. Czy płatnik jest zakładem budżetowym lub gospodarstwem pomocniczym w rozumieniu ustawy z dnia 30.06.2005 r. o finansach publicznych? Jeśli TAK, wpisać X.
04. Nazwa organu założycielskiego	
05. Czy płatnik podlega wpisowi do rejestru / ewidencji? Jeśli TAK, wpisać X.	06. Data wpisu do rejestru / ewidencji (dd / mm / rrr)
07. Numer wpisu do rejestru / ewidencji	08. Nazwa organu rejestrowego / ewidencyjnego
09. Data powstania obowiązku opłacania składek (dd / mm / rrr)	
10.	

IV. 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.

V. INNE DANE O PLATNIKU SKŁADEK

01.	02.	03.
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 / Dzielnica	
04. Ulica	
05. Numer domu	06. Numer lokalu
07. Numer telefonu	08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)
09.	



PLATNIK WYPELNIÄ TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRÄTKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RÄCZNE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM. PRZED WYPELNIENIEM ZAPOZNAĆ SIÄ Z OBJÄSNIENIAMI!

ZAKŁAD UBEZPIECZEN SPOŁECZNYCH **ZUS ZPA** strona: **2** **ZGŁOSZENIE / ZMIANA DANYCH PLATNIKA SKŁADEK - OSOBY PRAWNEJ
LUB JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ NIEPOSIAJÄCEJ 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. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)
10.		

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 / rrr)	

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

04. Pieczętka imienna i podpis osoby upoważnionej	05. Pieczętka płatnika
---	------------------------

X. ADNOTACJE ZUS

¹⁾ W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZIPA.

PLATNIK WYPELNIŁ 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 ZFA	strona: 1	ZGŁOSZENIE / ZMIANA DANYCH PLATNIKA SKŁADEK - OSOBY FIZYCZNEJ
-----------------------------------	---------	-----------	--

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. ZGŁOSZENIE PLATNIKA SKŁADEK (wpiąć X)

02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpiąć - 1) / KOREKTY (wpiąć - 2) DANYCH PLATNIKA SKŁADEK (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych) 1)

03. Data nadania (dd / mm / rr)

04. Nalepka „R”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. NIP (wpiąć 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 / rr)

III. DANE EWIDENCYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Imię drugie

02. Miejsce urodzenia

03. Obywatelstwo

IV. PODSTAWA DO PROWADZENIA POZAROLNICZEJ DZIAŁALNOŚCI

01. Kod rodzaju uprawnienia²⁾

02. Numer uprawnienia

03. Nazwa organu wydającego uprawnienie

04. Data wydania uprawnienia (dd / mm / rr)

05.

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.

02.

03.

04. Data powstania obowiązku opłacania składek (dd / mm / rr)

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 / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu

06. Numer lokalu

07. Numer telefonu

08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

09.

PLATNIK WYPELNIJA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RECZNIE
DUZYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM. PRZED WYPELNIENIEM 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 / Dzielnica	
04. Ulica	
05. Numer domu	06. Numer lokalu
07. Numer telefonu	08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)
09.	

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. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)
10.		

X. DANE O BIURZE RACHUNKOWYM (wpisać, jeśli dokumentację finansowo-księgową prowadził 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(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

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

XII. ADNOTACJE ZUS

¹⁾ W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZIPA.

²⁾ Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji.

PLATNIK, WYPELNIŁ TYTUŁY POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESZYM NIOREM PRZED WYPELNIENIEM ZAPOCZĄC SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZARZĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZIPA	ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH PLATNIKA SKLADEK
-----------------------------------	----------	---

I. DANE ORGANIZACYJNE

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

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

II. POPRZEDNIE DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKLADEK

01. NIP (wpisać bez kresek) 02. REGION

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. AKTUALNE DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKLADEK

01. NIP (wpisać bez kresek) 02. REGION

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)

IV. OSWIADCZENIE PLATNIKA SKLADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

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

V. A DNOTACJE ZUS

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

ZUS ZWPA WYREJESTROWANIE PLATNIKA SKLADEK

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. WYREJESTROWANIE PLATNIKA SKLADEK 02. 03. KOREKTA DANYCH WYREJESTROWANIA PLATNIKA SKLADEK wpisać X w odpowiednim polu

04. Data nadania (dd / mm / rr) 05. Nalepka R²

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKLADEK

01. NIP (wpisać bez / i reszek) 02. REGON

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

06. Nazwa składowca 07. Nazwisko 08. Imię pierwsze 09. Data urodzenia (dd / mm / rr)

III. DANE O WYREJESTROWANIU PLATNIKA SKLADEK

01. Kod przyczyny wyrejestrowania? 02. Data wyrejestrowania (dd / mm / rr)

IV. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKLADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rr)

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

00. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej	03. Pieczęć a płatnika
--	------------------------

V. ADNOTACJE ZUS

Blank area for ZUS annotations.

*) Wypełnić zgodnie z instrukcją: [Instrukcja wypełnienia formularza WYREJESTROWANIE PLATNIKA SKLADEK](#)

PLATNIK WYPELNIJA 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 ZBA	INFORMACJA O NUMERACH RACHUNKÓW BANKOWYCH 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)

III. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PLATNIKA SKŁADEK

01. Nowy rachunek (wpisać - 1) / zamknięcie rachunku (wpisać - 2)	02. Numer rachunku
--	--------------------

IV. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PLATNIKA SKŁADEK

01. Nowy rachunek (wpisać - 1) / zamknięcie rachunku (wpisać - 2)	02. Numer rachunku
--	--------------------

V. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PLATNIKA SKŁADEK

01. Nowy rachunek (wpisać - 1) / zamknięcie rachunku (wpisać - 2)	02. Numer rachunku
--	--------------------

VI. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PLATNIKA SKŁADEK

01. Nowy rachunek (wpisać - 1) / zamknięcie rachunku (wpisać - 2)	02. Numer rachunku
--	--------------------

VII. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PLATNIKA SKŁADEK

01. Nowy rachunek (wpisać - 1) / zamknięcie rachunku (wpisać - 2)	02. Numer rachunku
--	--------------------

VIII. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PLATNIKA SKŁADEK

01. Nowy rachunek (wpisać - 1) / zamknięcie rachunku (wpisać - 2)	02. Numer rachunku
--	--------------------

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(-ma) odpowiedzialności karnej
za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.**

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

X. 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 SPŁECZNYCH	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

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PLATNIKA SKŁADEK

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

III. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PLATNIKA

01. Nowy adres (wpisać - 1) / zakończenie prowadzenia działalności pod adresem (wpisać - 2)	
02. Kod pocztowy	03. Miejscowość
04. Gmina / Dzielnica	
05. Ulica	
06. Numer domu	07. Numer lokalu
08. Numer telefonu	09. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

IV. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PLATNIKA

01. Nowy adres (wpisać - 1) / zakończenie prowadzenia działalności pod adresem (wpisać - 2)	
02. Kod pocztowy	03. Miejscowość
04. Gmina / Dzielnica	
05. Ulica	
06. Numer domu	07. Numer lokalu
08. Numer telefonu	09. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

V. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PLATNIKA

01. Nowy adres (wpisać - 1) / zakończenie prowadzenia działalności pod adresem (wpisać - 2)	
02. Kod pocztowy	03. Miejscowość
04. Gmina / Dzielnica	
05. Ulica	
06. Numer domu	07. Numer lokalu
08. Numer telefonu	09. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

PLATNIK WYPELNIJA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RECZNIE
DUZYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIERIESKIM KOLOREM, PRZED WYPELNIENIEM ZAPOZNAC 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)

02. Kod pocztowy 03. Miejscowość

04. Gmina / Dzielnica

05. Ulica

06. Numer domu 07. Numer lokalu

08. Numer telefonu 09. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

VII. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PLATNIKA

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

02. Kod pocztowy 03. Miejscowość

04. Gmina / Dzielnica

05. Ulica

06. Numer domu 07. Numer lokalu

08. Numer telefonu 09. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

VIII. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PLATNIKA

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

02. Kod pocztowy 03. Miejscowość

04. Gmina / Dzielnica

05. Ulica

06. Numer domu 07. Numer lokalu

08. Numer telefonu 09. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

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(-ma) odpowiedzialności karnej
za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.**

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

X. ADNOTACJE ZUS

PLATNIK WYPELNIŁ TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESZYM KOŁOREM, PRZED WYPELNIENIEM ZAPOZNAC SIĘ Z OBJASNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS	DRA	strona 1	DEKLARACJA ROZLICZENIOWA
--------------------------------	-----	-----	----------	--------------------------

I. DANE ORGANIZACYJNE		02. Identyfikator deklaracji (numer / mm / rrrr) ¹⁾	05. Znak i numer decyzji pokontrolnej
01. Termin przysyłania deklaracji i raportów ¹⁾	03. Data nadania (dd / mm / rrrr)	04. Małepka R ²⁾	

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKLADK		02. REGION	
01. NIP (wypisać bez kresek)	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. INNE INFORMACJE		02. Liczba pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy	03. Wniosek pracodawcy o dofinansowanie składek za osoby niepełnosprawne ze środków PFRON i budżetu państwa ¹⁾	04. Stopa procentowa składek na ubezpieczenie wypadkowe
01. Liczba ubezpieczonych				%

IV. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKLADK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE ORAZ ŹRÓDEŁ FINANSOWANIA

SUMY SKLADK	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)
	zi gr	zi gr	zi gr
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:	04. ubezpieczonych	05.	06. (p. 04 + p. 05)
	07. płatnika	08.	09. (p. 07 + p. 08)
	10. budżet państwa	11.	12. (p. 10 + p. 11)
	13. PFRON	14.	15. (p. 13 + p. 14)
	16. Fundusz Kościelny	17.	18. (p. 15 + p. 17)

SUMY SKLADK	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)
	zi gr	zi gr	zi gr
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:	22. ubezpieczonych	23.	24. (p. 22 + p. 23)
	25. płatnika	26. (= p. 25)	27. (= p. 25)
	28. PFRON	29. (p. 27 + p. 28)	30. (= p. 28)
	31. Fundusz Kościelny	30.	31. (= p. 30)

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

V. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ PODLEGAJĄCYCH ROZLICZENIU W CIĘŻAR SKLADK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE		03. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego	04. Kwota wypłaconych świadczeń finansowanych z budżetu państwa
01. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego	02. Kwota wynagrodzenia należnego płatnikowi od wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego		
		05. Łączna kwota do potrącenia (p. 01 + p. 02 + p. 03 + p. 04)	

VI. ROZLICZENIE CZĘŚCI IV I V	01. Kwota do zwrotu przez ZUS: (p. V. 05 - p. IV. 32)	02. Kwota do zapłaty przez płatnika: (p. IV. 32 - p. V. 05)
	zi gr	zi gr

PLATNIK WYPELNIJA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH I COMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI CZARNYM LUB NIEBIESZYM KOLOREM, PRZED WYPELNIENIEM ZAPOCZNAC SIĘ Z OBJASNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEN SPOŁECZNYCH	ZUS	DRA	strona 2	DEKLARACJA ROZLICZENIOWA
-----------------------------------	-----	-----	----------	--------------------------

VII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kwota należnych składek do przekazania przez płatnika

02. Kwota należnych składek finansowana przez Fundusz Koscielny

03. Kwota należnego wynagrodzenia dla płatnika

04. Kwota do zapłaty (p. 01 - p. 03)

VIII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FP I FGŚP

01. Kwota należnych składek na Fundusz Pracy

02. Kwota należnych składek na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych

03. Kwota do zapłaty (p. 01 + p. 02)

IX. ŁĄCZNA SUMA KWOT DO ZAPŁATY

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

X.

01.

02.

03.

04.

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia¹⁾

02. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe

03. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe

04. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne

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

XII. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Liczba kartek raportu ZUS RCA

02.

03. Liczba kartek raportu ZUS RZA

04. Liczba kartek raportu ZUS RSA

05.

07.

06. Łączna liczba kartek raportów (p. 01 + p. 03 + p. 04)

08. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

09. Pieczęć a imienna oraz podpis Głównego Księgowego	10. Pieczęć a płatnika i podpis płatnika lub osoby upoważnionej
---	---

Pouczenie: W wypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwot z poz. VI.02, poz. VII.04, poz. VIII.03 lub wpłacania ich w niepełnej wysokości niniejsza deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz. U. z 2005 r. Nr 229, poz. 1954, z późn. zm.).

XIII. ADNOTACJE ZUS

¹⁾ Wpisać odpowiedni kod zgodnie z instrukcją.