DZIENNIK USTAW
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 27 kwietnia 2018 r.

Poz. 804

OBWIESZCZENIE
MINISTRA RODZINY, PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ[1)]

z dnia 29 marca 2018 r.

w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej 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, zgłoszeń danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze oraz innych dokumentów

1. Na podstawie art. 16 ust. 3 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1523) ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 października 2009 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, zgłoszeń danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze oraz innych dokumentów (Dz. U. z 2016 r. poz. 222), z uwzględnieniem zmian wprowadzonych rozporządzeniem Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 16 lutego 2017 r. zmieniającym 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, zgłoszeń danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze oraz innych dokumentów (Dz. U. poz. 319).

2. Podany w załączniku do niniejszego obwieszczenia tekst jednolity rozporządzenia nie obejmuje § 2 rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 16 lutego 2017 r. zmieniającego 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, zgłoszeń danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze oraz innych dokumentów (Dz. U. poz. 319), który stanowi:

„§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 marca 2017 r.”.

Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej: *E. Rafalska*

---

1) Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej kieruje działem administracji rządowej – zabezpieczenie społeczne, na podstawie § 1 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 13 grudnia 2017 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (Dz. U. poz. 2329).

Załącznik do obwieszczenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 29 marca 2018 r. (poz. 804)

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ[1)]

z dnia 23 października 2009 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, zgłoszeń danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze 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 2017 r. poz. 1778, z późn. zm.[2)]) 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, dla celów ubezpieczenia zdrowotnego – o symbolu ZUS ZCNA, stanowiące załącznik nr 2 do rozporządzenia;

3) zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego/zgłoszenie zmiany danych – o symbolu ZUS ZZA, stanowiące załącznik nr 3 do rozporządzenia;

4) zgłoszenie zmiany danych identyfikacyjnych osoby ubezpieczonej – o symbolu ZUS ZIUA, stanowiące załącznik nr 4 do rozporządzenia;

5) wyrejestrowanie z ubezpieczeń – o symbolu ZUS ZWUA, stanowiące załącznik nr 5 do rozporządzenia;

6) zgłoszenie/zmiana danych płatnika składek – osoby prawnej lub jednostki organizacyjnej nieposiadającej osobowości prawnej – o symbolu ZUS ZPA, stanowiące załącznik nr 6 do rozporządzenia;

7) zgłoszenie/zmiana danych płatnika składek – osoby fizycznej – o symbolu ZUS ZFA, stanowiące załącznik nr 7 do rozporządzenia;

8) zgłoszenie zmiany danych identyfikacyjnych płatnika składek – o symbolu ZUS ZIPA, stanowiące załącznik nr 8 do rozporządzenia;

9) wyrejestrowanie płatnika składek – o symbolu ZUS ZWPA, stanowiące załącznik nr 9 do rozporządzenia;

10) informacja o numerach rachunków bankowych płatnika składek – o symbolu ZUS ZBA, stanowiąca załącznik nr 10 do rozporządzenia;

11) adresy prowadzenia działalności gospodarczej przez płatnika składek – o symbolu ZUS ZAA, stanowiące załącznik nr 11 do rozporządzenia;

12) imienny raport miesięczny o należnych składkach i wypłaconych świadczeniach – o symbolu ZUS RCA, stanowiący załącznik nr 12 do rozporządzenia;

13) imienny raport miesięczny o należnych składkach na ubezpieczenie zdrowotne – o symbolu ZUS RZA, stanowiący załącznik nr 13 do rozporządzenia;

14) imienny raport miesięczny o wypłaconych świadczeniach i przerwach w opłacaniu składek – o symbolu ZUS RSA, stanowiący załącznik nr 14 do rozporządzenia;

---

1) Obecnie działem administracji rządowej – zabezpieczenie społeczne kieruje Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, na podstawie § 1 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 13 grudnia 2017 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (Dz. U. poz. 2329).

2) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 106, 138, 357, 398, 650, 697, 730 i 771.

15) deklaracja rozliczeniowa – o symbolu ZUS DRA, stanowiąca załącznik nr 15 do rozporządzenia;

16) (uchylony);

16a) informacja miesięczna dla osoby ubezpieczonej – stanowiąca załącznik nr 16a do rozporządzenia;

16b) informacja roczna dla osoby ubezpieczonej – stanowiąca załącznik nr 16b do rozporządzenia;

17) zgłoszenie/korekta danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze – o symbolu ZUS ZSWA, stanowiący załącznik nr 17 do rozporządzenia.

2. Dla imiennych raportów miesięcznych korygujących ustala się odpowiednio te same wzory, o których mowa w ust. 1 pkt 12–14, dla deklaracji rozliczeniowej korygującej – ten sam wzór, o którym mowa w ust. 1 pkt 15, dla informacji miesięcznej korygującej dla osoby ubezpieczonej – ten sam wzór, o którym mowa w ust. 1 pkt 16a, a dla informacji rocznej korygującej dla osoby ubezpieczonej – ten sam wzór, o którym mowa w ust. 1 pkt 16b.

§ 2. Dokumenty są wypełniane przy użyciu kodów, których wykaz jest określony w załączniku nr 18 do rozporządzenia.

§ 3. 1. Dla dokumentów, o których mowa w § 1 ust. 1 pkt 1–11 i 17, określa się kolor pantone nr 224, pkt 12–14 – kolor pantone nr 158, pkt 15 – kolor pantone nr 172 oraz pkt 16a i 16b – kolor pantone nr 340.

2. Dokumenty, w formie dokumentu pisemnego w postaci kopii albo wydruku ze strony internetowej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub wydruku z oprogramowania interfejsowego, mogą być przekazywane bez zachowania kolorów, o których mowa w ust. 1.

§ 4. 1. Płatnicy składek mogą do wyczerpania zapasów posługiwać się wzorami dokumentów określonymi w załącznikach nr 1–13 i 16 do rozporządzenia, o którym mowa w § 5, jeżeli dokumenty są przekazywane w formie dokumentu pisemnego.

2. W przypadku przekazywania dokumentu dotyczącego okresu do dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia stosuje się kody tytułu ubezpieczenia określone w rozporządzeniu, o którym mowa w § 5, obowiązujące w okresie, za który dokument ten został złożony.

§ 5. Traci moc rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24 czerwca 2008 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. poz. 717).

§ 6. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2010 r.

Załączniki do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 października 2009 r.

Załącznik nr 1

PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM

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 X)

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

03. Data nadania (dd / mm / rrrr)

04. Naleplka „R"

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK (II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK)

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL 2)

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 (III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ)

01. Numer PESEL 2)

02.

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 rodowe

03. Obywatelstwo

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

V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA

01. Kod tytułu ubezpieczenia 3)

VI. DANE O OBOWIĄZKOWYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH

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

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

02. Emerytalnemu ☐

03. Rentowym ☐

04. Chorobowemu ☐

05. Wypadkowemu ☐

VII. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

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

02. Kod oddziału NFZ

VIII. DANE O DOBROWOLNYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH

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

01. Emerytalnym ☐ 02. Od dnia (dd / mm / rrrr)

03. Rentowymi ☐ 04. Od dnia (dd / mm / rrrr)

05. Chorobowym ☐ 06. Od dnia (dd / mm / rrrr)

IX. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

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

02. Kod oddziału NFZ

X. INNE DANE O OSOBIE ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ 4)

01. Kod wykonywanego zawodu

02. Kod pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze

03. Okres pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze (dd / mm / rrrr) – (dd / mm / rrrr)

PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

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

XI. 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)

XII. 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)

XIII. 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

XIV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA 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. Pieczątka płatnika

XV. 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

XVI. ADNOTACJE ZUS

[1] W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZIUA.
[2] Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.
[3] Dla określonego kodu tytułu ubezpieczenia należy wypełnić formularz ZUS ZAA..
[4] Blok X. wypełnia się w celu zgłoszenia / korekty danych dotyczących okresu sprzed 1 stycznia 2009 r.

Załącznik nr 2

PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZCNA	strona: 1	ZGŁOSZENIE DANYCH O CZŁONKACH RODZINY DLA CELÓW UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Data nadania (dd / mm / rrrr)

02. Nalepka „R"

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL [1]

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 UBEZPIECZONEJ

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Numer PESEL [1]

02.

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 O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ UPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

IV. 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. Numer PESEL [1]

04. Numer NIP (wpisać bez kresek) [2]

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 we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną? Jeśli TAK, wpisać **X**.

12. Kod stopnia niepełnosprawności

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)

PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

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 / rrrr)

03. Numer PESEL [1]

04. Numer NIP (wpisać bez kresek) [2]

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 we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną? Jeśli TAK, wpisać **X**.

12. Kod stopnia niepełnosprawności

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 PŁATNIKA 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. Pieczątka płatnika

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.

01. Podpis osoby ubezpieczonej

VIII. ADNOTACJE ZUS

[1] Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.
[2] Pole wypełnia się, o ile zgłoszenie / wyrejestrowanie dotyczy członka rodziny zgłoszonego przed 1 września 2011 r. wyłączenie z numerem NIP.

Załącznik nr 3

PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

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 X)

☐ **02. ZGŁOSZENIE ZMIANY** (wpisać - 1) / **KOREKTY** (wpisać - 2) **DANYCH**[1)]

03. Data nadania (dd / mm / rrrr)

04. Nalepka „R"

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL[2)]

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 UBEZPIECZENIA

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA

01. Numer PESEL[2)]

02.

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)

V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA

01. Kod tytułu ubezpieczenia[3)]

VI. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

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

02. Kod oddziału NFZ

VII. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

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

02. Kod oddziału NFZ

VIII. 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) –

PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH | ZUS ZZA | strona: 2 | **ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH**

IX. 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) –

X. 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

XI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA 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. Pieczątka płatnika

XII. 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

XIII. ADNOTACJE ZUS

[1] W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZIUA.
[2] Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.
[3] Dla określonego kodu tytułu ubezpieczenia należy wypełnić formularz ZUS ZAA.

Załącznik nr 4

PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

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. Naleśka „R"

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL [1]

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

III. POPRZEDNIE DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Numer PESEL [1]

02. Numer NIP (wpisać bez kresek) [2]

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. Numer PESEL [1]

02.

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. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA 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. Pieczątka płatnika

VI. 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.

01. Podpis osoby ubezpieczonej

VII. ADNOTACJE ZUS

[1] Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.
[2] Pole wypełnia się, o ile zmiana / korekta danych identyfikacyjnych dotyczy osoby zgłoszonej do ubezpieczeń przed 1 września 2011 r. wyłącznie z numerem NIP.

Załącznik nr 5

PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH | ZUS ZWUA | **WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ**

I. DANE ORGANIZACYJNE

☐ **01. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ** (jeśli TAK, wpisać X)

☐ **02. ZGŁOSZENIE KOREKTY DANYCH O WYREJESTROWANIU Z UBEZPIECZEŃ** (jeśli TAK, wpisać X)

03. Data nadania (dd / mm / rrrr)

04. Nalepka „R"

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL [1]

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. Numer PESEL [1]

02. Numer NIP (wpisać bez kresek) [2]

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

02. Wyrejestrowanie z ubezpieczeń od dnia (dd / mm / rrrr)

03. Kod przyczyny wyrejestrowania

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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczątka płatnika

VI. 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

VII. ADNOTACJE ZUS

[1] Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.
[2] Pole wypełnia się, o ile wyrejestrowanie dotyczy osoby zgłoszonej do ubezpieczeń przed 1 września 2011 r. wyłącznie z numerem NIP.

Załącznik nr 6

PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH | ZUS ZPA | strona: 1 | ZGŁOSZENIE / ZMIANA DANYCH PŁATNIKA SKŁADEK - OSOBY PRAWNEJ LUB JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ NIEPOSIADAJĄCEJ OSOBOWOŚCI PRAWNEJ

I. DANE ORGANIZACYJNE

☐ **01. ZGŁOSZENIE PŁATNIKA SKŁADEK** (wpisać **X**)

☐ **02. ZGŁOSZENIE ZMIANY** (wpisać - **1**) / **KOREKTY** (wpisać - **2**) **DANYCH PŁATNIKA SKŁADEK** (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych) 1)

03. Data nadania (dd / mm / rrrr)

04. Nalepka „R"

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Nazwa skrócona

III. DANE EWIDENCYJNE PŁATNIKA 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 / rrrr)

07. Numer wpisu do rejestru / ewidencji

08. Nazwa organu rejestrowego / ewidencyjnego

09. Data powstania obowiązku opłacania składek (dd / mm / rrrr)

IV. DANE O RACHUNKU BANKOWYM PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer rachunku

☐ 02. Czy płatnik posiada inne rachunki bankowe? Jeśli TAK, wpisać **X** i wypełnić formularz ZUS ZBA.

V. 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. Adres poczty elektronicznej

☐ 10. Czy adres prowadzenia działalności gospodarczej jest inny niż adres siedziby płatnika składek? Jeśli TAK, wpisać **X** i wypełnić formularz ZUS ZAA

VI. 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. Adres poczty elektronicznej

PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZPA	strona: 2	ZGŁOSZENIE / ZMIANA DANYCH PŁATNIKA SKŁADEK - OSOBY PRAWNEJ LUB JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ NIEPOSIADAJĄCEJ OSOBOWOŚCI PRAWNEJ

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

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Nazwa skrócona

VIII. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA 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. Pieczątka płatnika

IX. ADNOTACJE ZUS

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

Załącznik nr 7

PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH | ZUS ZFA | strona: 1 | **ZGŁOSZENIE / ZMIANA DANYCH PŁATNIKA SKŁADEK - OSOBY FIZYCZNEJ**

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. ZGŁOSZENIE PŁATNIKA SKŁADEK (wpisać **X**)

02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - **1**) / **KOREKTY** (wpisać - **2**) **DANYCH PŁATNIKA SKŁADEK** (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych) 1)

03. Data nadania (dd / mm / rrrr)

04. Nalepka „R"

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL 2)

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 EWIDENCYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Imię drugie

02. Miejsce urodzenia

03. Obywatelstwo

IV. PODSTAWA DO PROWADZENIA POZAROLNICZEJ DZIAŁALNOŚCI

01. Kod rodzaju uprawnienia

02. Numer uprawnienia

03. Nazwa organu wydającego uprawnienie

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

05. Data powstania obowiązku opłacania składek (dd / mm / rrrr)

V. DANE O RACHUNKU BANKOWYM PŁATNIKA SKŁADEK

01.Numer rachunku

02. Czy płatnik posiada inne rachunki bankowe? Jeśli TAK, wpisać **X** i wypełnić formularz ZUS ZBA.

VI. 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. Adres poczty elektronicznej

10. Czy adres prowadzenia działalności gospodarczej jest inny niż adres siedziby płatnika składek? Jeśli TAK, wpisać **X** i wypełnić formularz ZUS ZAA

PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

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

VII. 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) –

VIII. 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. Adres poczty elektronicznej

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

01. Numer NIP (wpisać bez kresek) — 02. Numer REGON

03. Nazwa skrócona

X. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA 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. Pieczątka płatnika (jeśli posiada)

XI. ADNOTACJE ZUS

[1] W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZIPA.
[2] Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.

Załącznik nr 8

PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

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

I. DANE ORGANIZACYJNE

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

02. Data nadania (dd / mm / rrrr)

03. Nalepka „R"

II. POPRZEDNIE DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL [1)]

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 PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL [1)]

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. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA 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. Pieczątka płatnika

V. ADNOTACJE ZUS

[1)] Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.

Załącznik nr 9

PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH | ZUS ZWPA | WYREJESTROWANIE PŁATNIKA SKŁADEK

I. DANE ORGANIZACYJNE

☐ 01. WYREJESTROWANIE PŁATNIKA SKŁADEK
Jeśli TAK, wpisać X.

☐ 02. ZGŁOSZENIE KOREKTY DANYCH WYREJESTROWANIA PŁATNIKA SKŁADEK
Jeśli TAK, wpisać X.

03. Data nadania (dd / mm / rrrr)

04. Nalepka „R"

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL [1]

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

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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczątka płatnika

V. ADNOTACJE ZUS

[1] Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.

Załącznik nr 10

PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

ZAKŁAD 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. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL [1]

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 PŁATNIKA SKŁADEK

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

02. Numer rachunku

IV. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PŁATNIKA SKŁADEK

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

02. Numer rachunku

V. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PŁATNIKA SKŁADEK

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

02. Numer rachunku

VI. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PŁATNIKA SKŁADEK

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

02. Numer rachunku

VII. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PŁATNIKA SKŁADEK

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

02. Numer rachunku

VIII. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PŁATNIKA SKŁADEK

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

02. Numer rachunku

IX. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA 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. Pieczątka płatnika

X. ADNOTACJE ZUS

[1] Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.

Załącznik nr 11

PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH | ZUS ZAA | strona: 1 | **ADRESY PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PŁATNIKA SKŁADEK**

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Data nadania (dd / mm / rrrr)

02. Nalepka „R"

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL [1)]

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. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PŁATNIKA

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 PŁATNIKA

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 PŁATNIKA

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)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

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

VI. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PŁATNIKA

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 PŁATNIKA

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 PŁATNIKA

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 PŁATNIKA 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. Pieczątka płatnika

X. ADNOTACJE ZUS

[1] Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.

Załącznik nr 12

PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH | ZUS RCA | strona: 1

IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH I WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL [1]

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

04. Identyfikator

III. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia

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

03. Wymiar czasu pracy

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBOWE	WYPADKOWE
PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	04. zł gr		05. zł gr	06. zł gr
SKŁADKA FINANSOWANA PRZEZ:				
ubezpieczonego	07. zł gr	08. zł gr	09. zł gr	10. zł gr
płatnika	11. zł gr	12. zł gr	13. zł gr	14. zł gr
budżet państwa	15. zł gr	16. zł gr	17. zł gr	18. zł gr
PFRON [2]	19. zł gr	20. zł gr	21. zł gr	22. zł gr
Fundusz Kościelny	23. zł gr	24. zł gr	25. zł gr	26. zł gr

27. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składki w ramach pracowniczego programu emerytalnego zł gr

28. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.26) zł gr

III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Podstawa wymiaru składki zł gr

02. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika [3] zł gr

03. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS zł gr

04. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego zł gr

05. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny zł gr

III. D. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA [4]

01. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego zł gr

02. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego zł gr

03. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego zł gr

04. Łączna kwota wypłaconych zasiłków (p.01 + p.02 + p.03) zł gr

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS RCA	strona: 2	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH I WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH

IV. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ 04. Identyfikator

IV. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia

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

03. Wymiar czasu pracy /

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBOWE	WYPADKOWE
PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	04. zł gr		05. zł gr	06. zł gr
SKŁADKA FINANSOWANA PRZEZ:				
ubezpieczonego	07. zł gr	08. zł gr	09. zł gr	10. zł gr
płatnika	11. zł gr	12. zł gr	13. zł gr	14. zł gr
budżet państwa	15. zł gr	16. zł gr	17. zł gr	18. zł gr
PFRON [2]	19. zł gr	20. zł gr	21. zł gr	22. zł gr
Fundusz Kościelny	23. zł gr	24. zł gr	25. zł gr	26. zł gr

27. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składki w ramach pracowniczego programu emerytalnego zł gr

28. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.26) zł gr

IV. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Podstawa wymiaru składki zł gr

02. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika [3] zł gr

03. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS zł gr

04. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego zł gr

05. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny zł gr

IV. D. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA [4]

01. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego zł gr

02. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego zł gr

03. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego zł gr

04. Łączna kwota wypłaconych zasiłków (p.01 + p.02 + p.03) zł gr

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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej	03. Pieczątka płatnika

VI. ADNOTACJE ZUS

[1] Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.
[2] Pól nie wypełnia się w dokumentach za okres od stycznia 2008 r., a w razie składania korekt za okres do grudnia 2007 r. może zostać wykazana kwota, nie wyższa od kwoty dofinansowania uwzględnionego w raporcie za ten okres, złożonym nie później niż 30 czerwca 2008 r.
[3] W tym polu należy także wykazać kwotę składki finansowaną z budżetu państwa, jeśli dotację otrzymuje płatnik.
[4] Blok ten należy wypełnić tylko w przypadku składania korekt dokumentów, w których płatnik składek wykazał świadczenia finansowane z budżetu państwa należne za okres do dnia 31 sierpnia 2006 r.

Poligrafia ZUS **(Nw-I/2013).** Zam. 911/13.

Załącznik nr 13

PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH | ZUS RZA | strona: 1 | **IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE**

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)
02. Numer REGON
03. Numer PESEL [1)]
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
04. Identyfikator

III. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia
02. Podstawa wymiaru składki — zł, gr
03. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika [2)] — zł, gr
04. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS — zł, gr
05. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego — zł, gr
06. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny — zł, gr

IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

IV. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia
02. Podstawa wymiaru składki — zł, gr
03. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika [2)] — zł, gr
04. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS — zł, gr
05. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego — zł, gr
06. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny — zł, gr

V. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

V. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia
02. Podstawa wymiaru składki — zł, gr
03. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika [2)] — zł, gr
04. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS — zł, gr
05. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego — zł, gr
06. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny — zł, gr

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

IV. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

V. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

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

VI. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

VI. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ 04. Identyfikator

VI. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Podstawa wymiaru składki zł gr

03. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika [2] zł gr

04. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS zł gr

05. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego zł gr

06. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny zł gr

VII. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

VII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ 04. Identyfikator

VII. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Podstawa wymiaru składki zł gr

03. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika [2] zł gr

04. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS zł gr

05. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego zł gr

06. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny zł gr

VIII. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA 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. Pieczątka płatnika

IX. ADNOTACJE ZUS

[1] Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.
[2] W polu tym należy także wykazać kwotę składki finansowaną z budżetu państwa, jeśli dotację otrzymuje płatnik.

Poligrafia ZUS **(Nw-I/2013)**. Zam. 910/13.

Załącznik nr 14

PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH | ZUS RSA | strona: 1

IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH I PRZERWACH W OPŁACANIU SKŁADEK

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL [1)]

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 UBEZPIECZONEJ

III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Kod świadczenia / przerwy

Okres 03. Od (dd / mm / rrrr) – 04. Do (dd / mm / rrrr)

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kwota zł gr

IV. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Kod świadczenia / przerwy

Okres 03. Od (dd / mm / rrrr) – 04. Do (dd / mm / rrrr)

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kwota zł gr

V. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

V. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Kod świadczenia / przerwy

Okres 03. Od (dd / mm / rrrr) – 04. Do (dd / mm / rrrr)

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kwota zł gr

VI. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

VI. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Kod świadczenia / przerwy

Okres 03. Od (dd / mm / rrrr) – 04. Do (dd / mm / rrrr)

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kwota zł gr

PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS RSA	strona: 2	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY 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 04. Identyfikator

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Kod świadczenia / przerwy

Okres 03. Od (dd / mm / rrrr) – 04. Do (dd / mm / rrrr)

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kwota zł, gr

VIII. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

VIII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ 04. Identyfikator

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Kod świadczenia / przerwy

Okres 03. Od (dd / mm / rrrr) – 04. Do (dd / mm / rrrr)

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kwota zł, gr

IX. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

IX. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ 04. Identyfikator

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Kod świadczenia / przerwy

Okres 03. Od (dd / mm / rrrr) – 04. Do (dd / mm / rrrr)

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kwota zł, gr

X. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

X. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ 04. Identyfikator

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Kod świadczenia / przerwy

Okres 03. Od (dd / mm / rrrr) – 04. Do (dd / mm / rrrr)

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kwota zł, gr

XI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA 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. Pieczątka płatnika

XII. ADNOTACJE ZUS

[1] Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.

Załącznik nr 15

PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM

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

I. DANE ORGANIZACYJNE

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

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)
02. Numer REGON
03. Numer PESEL [1)]
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. Wniosek pracodawcy o dofinansowanie składek za osoby niepełnosprawne ze środków PFRON i budżetu państwa [2)]
03. Stopa procentowa składek na ubezpieczenie wypadkowe %

IV. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE ORAZ ŹRÓDEŁ FINANSOWANIA

SUMY SKŁADEK

Kwota składek na ubezpieczenie emerytalne	Kwota składek na ubezpieczenia rentowe	Suma kwot składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe
01. zł gr	02. zł gr	03. (p. 01 + p. 02) zł gr

SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:

04. ubezpieczonych zł gr	05. ubezpieczonych zł gr	06. (p. 04 + p. 05) zł gr
07. płatnika zł gr	08. płatnika zł gr	09. (p. 07 + p. 08) zł gr
10. budżet państwa zł gr	11. budżet państwa zł gr	12. (p. 10 + p. 11) zł gr
13. PFRON [2)] zł gr	14. PFRON [2)] zł gr	15. (p. 13 + p. 14) zł gr
16. Fundusz Kościelny zł gr	17. Fundusz Kościelny zł gr	18. (p. 16 + p. 17) zł gr

SUMY SKŁADEK

Kwota składek na ubezpieczenie chorobowe	Kwota składek na ubezpieczenie wypadkowe	Suma kwot składek na ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe
19. zł gr	20. zł gr	21. (p. 19 + p. 20) zł gr

SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:

22. ubezpieczonych zł gr	23. ubezpieczonych zł gr	24. (p. 22 + p. 23) zł gr
25. płatnika zł gr	26. płatnika zł gr	27. (p. 25 + p. 26) zł gr
28. budżet państwa zł gr	29. budżet państwa zł gr	30. (p. 28 + p. 29) zł gr
31. PFRON [2)] zł gr	32. PFRON [2)] zł gr	33. (p. 31 + p. 32) zł gr
34. Fundusz Kościelny zł gr	35. Fundusz Kościelny zł gr	36. (p. 34 + p. 35) zł gr

37. Kwota składek na ubezpieczenia społeczne, które powinien przekazać płatnik (p. 06 + p. 09 + p. 24 + p. 27) zł gr

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

01. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego zł gr
02. Kwota wynagrodzenia należnego płatnikowi od wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego zł gr
03. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego zł gr
04. Kwota wypłaconych świadczeń finansowanych z budżetu państwa / FUS [3)] zł gr
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.37) zł gr
02. Kwota do zapłaty przez płatnika: (p. IV.37 – p. V.05) zł gr

PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM

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

VII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kwota należnych składek finansowana przez płatnika [4] zł gr

02. Kwota należnych składek finansowana przez ubezpieczonych zł gr

03. Kwota należnych składek finansowana przez Fundusz Kościelny zł gr

04. Kwota należnych składek finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS zł gr

05. Kwota należnych składek do przekazania przez płatnika (p. 01 + p. 02) zł gr

06. Kwota należnego wynagrodzenia dla płatnika [5] zł gr

07. Kwota do zapłaty (p. 05 – p. 06) 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. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FUNDUSZ EMERYTUR POMOSTOWYCH

01. Liczba pracowników, za których jest opłacana składka na Fundusz Emerytur Pomostowych

02. Liczba stanowisk pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze

03. Suma należnych składek na Fundusz Emerytur Pomostowych zł gr

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe zł gr

03. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe zł gr

04. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie wypadkowe zł gr

05. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne zł gr

06. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe

XI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA 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. Pieczątka płatnika

Pouczenie: W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwot z poz. VI.02, poz. VII.07, poz. VIII.03, poz. IX.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 2014 r. poz. 1619, z późn. zm.).

XII. ADNOTACJE ZUS

[1] Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.
[2] Pól nie wypełnia się w dokumentach za okres od stycznia 2008 r., a w razie składania korekt za okres do grudnia 2007 r. może zostać wykazana kwota, nie wyższa od kwoty dofinansowania uwzględnionego w deklaracji za ten okres, złożonej nie później niż 30 czerwca 2008 r.
[3] W polu należy wykazać wypłacaną za okres od stycznia 2016 r. kwotę podwyższenia zasiłku macierzyńskiego do wysokości kwoty świadczenia rodzicielskiego finansowanego z funduszu chorobowego. W polu można także uwzględnić świadczenia finansowane z budżetu państwa należne za okres do dnia 31 sierpnia 2006 r. w przypadku konieczności złożenia za ten okres korekty dokumentów.
[4] W polu tym należy także wykazać kwotę składek finansowanych z budżetu państwa, jeżeli dotację otrzymuje płatnik.
[5] Za okres od dnia 1 kwietnia 2003 r. płatnik składek nie ma prawa do wynagrodzenia za rozliczenie składek na ubezpieczenie zdrowotne.

Załącznik nr 16
(uchylony)

Załącznik nr 16a

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

INFORMACJA MIESIĘCZNA DLA OSOBY UBEZPIECZONEJ

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator informacji (numer/mm/rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

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

III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

III. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia
02. Kod NFZ
03. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe
04. Wymiar czasu /

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBOWE	WYPADKOWE
PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	05. zł gr	06. zł gr	07. zł gr	
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:				
ubezpieczonych	08. zł gr	09. zł gr	10. zł gr	11. zł gr
płatnika	12. zł gr	13. zł gr	14. zł gr	15. zł gr
budżet państwa	16. zł gr	17. zł gr	18. zł gr	19. zł gr
PFRON [2)]	20. zł gr	21. zł gr	22. zł gr	23. zł gr
Fundusz Kościelny	24. zł gr	25. zł gr	26. zł gr	27. zł gr

28. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składki w ramach pracowniczego programu emerytalnego zł gr

29. Łączna kwota składek (suma od p. 08 do p. 27) zł gr

III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Podstawa wymiaru składki zł gr
02. Kwota należnej składki finansowanej przez płatnika zł gr
03. Kwota należnej składki finansowanej przez ubezpieczonego zł gr
04. Kwota należnej składki finansowanej z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS zł gr
05. Kwota należnej składki finansowanej przez Fundusz Kościelny zł gr

III. D. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ I WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ ORAZ RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK

01. Kod świadczenia/przerwy
02. Okres od-do (dd/mm/rrrr) —
03. Liczba dni zasiłkowych/wypłat
04. Kwota zł gr

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

02. Podpis płatnika składek lub osoby przez niego upoważnionej oraz pieczątka adresowa płatnika

[1)] Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.

[2)] Pól nie wypełnia się w dokumentach za okres od stycznia 2008 r., a w razie składania korekt za okres do grudnia 2007 r. może zostać wykazana kwota, nie wyższa od kwoty dofinansowania uwzględnionego w deklaracji za ten okres złożonej nie później niż do 30 czerwca 2008 r.

Poligrafia ZUS (**Nw-I/2013**). Zam. 1548/13.

Załącznik nr 16b

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

INFORMACJA ROCZNA DLA OSOBY UBEZPIECZONEJ

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator informacji (numer/rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP

02. Numer REGON

03. Numer PESEL [1)]

04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwisko

07. Imię pierwsze

08. Nazwa skrócona

09. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)

III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

OKRES ROZLICZENIOWY (mm/rrrr)

III. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Kod NFZ

03. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe

04. Wymiar czasu /

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBOWE	WYPADKOWE
PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	05. zł gr		06. zł gr	07. zł gr
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ: ubezpieczonych	08. zł gr	09. zł gr	10. zł gr	11. zł gr
płatnika	12. zł gr	13. zł gr	14. zł gr	15. zł gr
budżet państwa	16. zł gr	17. zł gr	18. zł gr	19. zł gr
PFRON [2)]	20. zł gr	21. zł gr	22. zł gr	23. zł gr
Fundusz Kościelny	24. zł gr	25. zł gr	26. zł gr	27. zł gr

28. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składki w ramach pracowniczego programu emerytalnego zł gr

29. Łączna kwota składek (suma od p. 08 do p. 27) zł gr

III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Podstawa wymiaru składki zł gr

02. Kwota należnej składki finansowanej przez płatnika zł gr

03. Kwota należnej składki finansowanej przez ubezpieczonego zł gr

04. Kwota należnej składki finansowanej z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS zł gr

05. Kwota należnej składki finansowanej przez Fundusz Kościelny zł gr

III. D . ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ I WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ ORAZ RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK

01. Kod świadczenia/przerwy

02. Okres od-do (dd/mm/rrrr) —

03. Liczba dni zasiłkowych/wypłat

04. Kwota zł gr

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

OKRES ROZLICZENIOWY (mm/rrrr)

III. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Kod NFZ

03. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe

04. Wymiar czasu /

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBOWE	WYPADKOWE
PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	05. zł gr	06. zł gr	07. zł gr	
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:				
ubezpieczonych	08. zł gr	09. zł gr	10. zł gr	11. zł gr
płatnika	12. zł gr	13. zł gr	14. zł gr	15. zł gr
budżet państwa	16. zł gr	17. zł gr	18. zł gr	19. zł gr
PFRON [2]	20. zł gr	21. zł gr	22. zł gr	23. zł gr
Fundusz Kościelny	24. zł gr	25. zł gr	26. zł gr	27. zł gr

28. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składki w ramach pracowniczego programu emerytalnego zł gr

29. Łączna kwota składek (suma od p. 08 do p. 27) zł gr

III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Podstawa wymiaru składki zł gr

02. Kwota należnej składki finansowanej przez płatnika zł gr

03. Kwota należnej składki finansowanej przez ubezpieczonego zł gr

04. Kwota należnej składki finansowanej z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS zł gr

05. Kwota należnej składki finansowanej przez Fundusz Kościelny zł gr

III. D . ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ I WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ ORAZ RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK

01. Kod świadczenia/przerwy

02. Okres od-do (dd/mm/rrrr) —

03. Liczba dni zasiłkowych/wypłat

04. Kwota zł gr

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

02. Podpis płatnika składek lub osoby przez niego upoważnionej oraz pieczątka adresowa płatnika

[1] Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.

[2] Pól nie wypełnia się w dokumentach za okres od stycznia 2008 r., a w razie składania korekt za okres do grudnia 2007 r. może zostać wykazana kwota, nie wyższa od kwoty dofinansowania uwzględnionego w deklaracji za ten okres złożonej nie później niż do 30 czerwca 2008 r.

Poligrafia ZUS **(Nw-I/2013)**. Zam. 1549/13.

Załącznik nr 17

PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH | ZUS ZSWA | strona 1

ZGŁOSZENIE / KOREKTA DANYCH O PRACY W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH LUB O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator zgłoszenia (Nr Nr Nr R R R R) 02. Data nadania (dd / mm / rrrr) 03. Nalepka "R"

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek) 02. Numer REGON

03. Numer PESEL [1] 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 PRACY W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH / O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE

III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY WYKONUJĄCEJ PRACĘ W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH LUB O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE

01. ZGŁOSZENIE DANYCH (jeśli TAK, wpisać X) 02. ZGŁOSZENIE KOREKTY DANYCH (jeśli TAK, wpisać X)

03. Numer PESEL [1] 04. 05. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04) 06. Seria i numer dokumentu

07. Nazwisko

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

III. B. DANE O PRACY W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH / O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze — Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze: 03. Od (dd / mm / rrrr) – 04. Do (dd / mm / rrrr) — 05. Wymiar czasu pracy

06. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze — Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze: 07. Od (dd / mm / rrrr) – 08. Do (dd / mm / rrrr) — 09. Wymiar czasu pracy

10. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze — Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze: 11. Od (dd / mm / rrrr) – 12. Do (dd / mm / rrrr) — 13. Wymiar czasu pracy

14. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze — Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze: 15. Od (dd / mm / rrrr) – 16. Do (dd / mm / rrrr) — 17. Wymiar czasu pracy

IV. DANE O PRACY W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH / O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE

IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY WYKONUJĄCEJ PRACĘ W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH LUB O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE

01. ZGŁOSZENIE DANYCH (jeśli TAK, wpisać X) 02. ZGŁOSZENIE KOREKTY DANYCH (jeśli TAK, wpisać X)

03. Numer PESEL [1] 04. 05. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04) 06. Seria i numer dokumentu

07. Nazwisko

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

IV. B. DANE O PRACY W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH / O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze — Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze: 03. Od (dd / mm / rrrr) – 04. Do (dd / mm / rrrr) — 05. Wymiar czasu pracy

06. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze — Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze: 07. Od (dd / mm / rrrr) – 08. Do (dd / mm / rrrr) — 09. Wymiar czasu pracy

10. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze — Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze: 11. Od (dd / mm / rrrr) – 12. Do (dd / mm / rrrr) — 13. Wymiar czasu pracy

14. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze — Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze: 15. Od (dd / mm / rrrr) – 16. Do (dd / mm / rrrr) — 17. Wymiar czasu pracy

PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH | ZUS ZSWA | strona: 2

ZGŁOSZENIE / KOREKTA DANYCH O PRACY W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH LUB O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE

V. DANE O PRACY W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH / O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE

V. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY WYKONUJĄCEJ PRACĘ W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH LUB O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE

01. ZGŁOSZENIE DANYCH (jeśli TAK, wpisać X)

02. ZGŁOSZENIE KOREKTY DANYCH (jeśli TAK, wpisać X)

03. Numer PESEL [1]

04.

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

06. Seria i numer dokumentu

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

V. B. DANE O PRACY W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH / O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze — Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze: 03. Od (dd / mm / rrrr) – 04. Do (dd / mm / rrrr) — 05. Wymiar czasu pracy

06. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze — Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze: 07. Od (dd / mm / rrrr) – 08. Do (dd / mm / rrrr) — 09. Wymiar czasu pracy

10. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze — Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze: 11. Od (dd / mm / rrrr) – 12. Do (dd / mm / rrrr) — 13. Wymiar czasu pracy

14. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze — Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze: 15. Od (dd / mm / rrrr) – 16. Do (dd / mm / rrrr) — 17. Wymiar czasu pracy

VI. DANE O PRACY W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH / O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE

VI. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY WYKONUJĄCEJ PRACĘ W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH LUB O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE

01. ZGŁOSZENIE DANYCH (jeśli TAK, wpisać X)

02. ZGŁOSZENIE KOREKTY DANYCH (jeśli TAK, wpisać X)

03. Numer PESEL [1]

04.

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

06. Seria i numer dokumentu

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

VI. B. DANE O PRACY W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH / O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze — Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze: 03. Od (dd / mm / rrrr) – 04. Do (dd / mm / rrrr) — 05. Wymiar czasu pracy

06. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze — Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze: 07. Od (dd / mm / rrrr) – 08. Do (dd / mm / rrrr) — 09. Wymiar czasu pracy

10. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze — Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze: 11. Od (dd / mm / rrrr) – 12. Do (dd / mm / rrrr) — 13. Wymiar czasu pracy

14. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze — Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze: 15. Od (dd / mm / rrrr) – 16. Do (dd / mm / rrrr) — 17. Wymiar czasu pracy

VII. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

VII. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA 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. Pieczątka płatnika

VIII. ADNOTACJE ZUS

[1] Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.

Załącznik nr 18[3)]

KODY WYKORZYSTYWANE PRZY WYPEŁNIANIU DOKUMENTÓW

I. Kod tytułu ubezpieczenia – składa się z 6 znaków, oznaczających:
1) podmiot podstawowy wraz z rozszerzeniem (4 znaki)
2) ustalone bądź nieustalone prawo do emerytury lub renty (1 znak)
3) stopień niepełnosprawności (1 znak)

1. Podmiot podstawowy wraz z rozszerzeniem:

01 10 – pracownik podlegający ubezpieczeniom społecznym i ubezpieczeniu zdrowotnemu

01 11 – pracownik podlegający ubezpieczeniom społecznym i z mocy przepisów szczególnych niepodlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu

01 12 – osoba pobierająca świadczenie szkoleniowe wypłacane po ustaniu zatrudnienia

01 13 – pracownik, za którego płatnik składek skorzystał z dofinansowania składek na ubezpieczenia społeczne ze środków budżetu państwa i Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie art. 25 ust. 2, 3 lub 3a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511), w brzmieniu obowiązującym do 1 stycznia 2008 r., a obecnie ma obowiązek dopłaty składek i przekazuje po 30 czerwca 2008 r. dokumenty rozliczeniowe korygujące za okres do grudnia 2007 r.

01 20 – pracownik młodociany

01 24 – były pracownik mianowany lub były urzędnik służby cywilnej, z którym został rozwiązany stosunek pracy, pobierający świadczenie pieniężne za okres po ustaniu zatrudnienia

01 25 – pracownik podlegający ubezpieczeniom społecznym i ubezpieczeniu zdrowotnemu, opłacający składki na własne ubezpieczenia w przypadku określonym w art. 109 rozporządzenia Rady (EWG) nr 574/72 z dnia 21 marca 1972 r. w sprawie wykonywania rozporządzenia Rady (EWG) nr 1408/71 w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Dz. Urz. WE L 74 z 27.03.1972, str. 1, z późn. zm.; Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 05, t. 1, str. 83), zwanego dalej „rozporządzeniem Rady (EWG) nr 574/72” albo w art. 21 ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczącego wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. UE L 284 z 30.10.2009, str. 1, z późn. zm.), zwanego dalej „rozporządzeniem Rady (WE) nr 987/2009”

[3)] Ze zmianami wprowadzonymi przez § 1 rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 16 lutego 2017 r. zmieniającego 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, zgłoszeń danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze oraz innych dokumentów (Dz. U. poz. 319), które weszło w życie z dniem 1 marca 2017 r.

01 26 – pracownik podlegający ubezpieczeniom społecznym i z mocy przepisów szczególnych niepodlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu, opłacający składki na własne ubezpieczenia w przypadku określonym w art. 109 rozporządzenia Rady (EWG) nr 574/72 albo w art. 21 ust. 2 rozporządzenia Rady (WE) nr 987/2009

02 00 – osoba wykonująca pracę nakładczą

02 13 – osoba wykonująca pracę nakładczą, za którą płatnik składek skorzystał z dofinansowania składek na ubezpieczenia społeczne ze środków budżetu państwa i Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie art. 25 ust. 2, 3 lub 3a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, w brzmieniu obowiązującym do dnia 1 stycznia 2008 r., a obecnie ma obowiązek dopłaty składek i przekazuje po dniu 30 czerwca 2008 r. dokumenty rozliczeniowe korygujące za okres do grudnia 2007 r.

03 10 – członek rolniczej spółdzielni produkcyjnej, spółdzielni kółek rolniczych lub innej spółdzielni zajmującej się produkcją rolną

03 20 – osoba wykonująca pracę w spółdzielni lub w gospodarstwie rolnym spółdzielni na innej podstawie niż stosunek pracy, niebędąca jej członkiem i wynagradzana według zasad obowiązujących członków spółdzielni, w tym kandydat na członka spółdzielni

04 11 – osoba wykonująca umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług

04 17 – osoba wykonująca umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług, z mocy przepisów szczególnych niepodlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu

04 21 – osoba współpracująca z osobą wykonującą umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług

04 24 – osoba współpracująca z osobą wykonującą umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług z mocy przepisów szczególnych niepodlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu

04 26 – osoba wykonująca umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług, opłacająca składki na własne ubezpieczenia w przypadku określonym w art. 109 rozporządzenia Rady (EWG) nr 574/72 albo w art. 21 ust. 2 rozporządzenia Rady (WE) nr 987/2009

04 28 – osoba wykonująca umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług, z mocy przepisów szczególnych niepodlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu, opłacająca składki na własne ubezpieczenia w przypadku określonym w art. 109 rozporządzenia Rady (EWG) nr 574/72 albo w art. 21 ust. 2 rozporządzenia Rady (WE) nr 987/2009

04 30 – osoba sprawująca opiekę nad dziećmi na podstawie umowy uaktywniającej w rozumieniu ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 (Dz. U. z 2018 r. poz. 603, z późn. zm.), dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia stanowi kwota nie wyższa niż wysokość minimalnego wynagrodzenia za pracę

04 31 – osoba sprawująca opiekę nad dziećmi na podstawie umowy uaktywniającej w rozumieniu ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3, dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia stanowi nadwyżka ponad kwotę minimalnego wynagrodzenia za pracę

05 10 – osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą na podstawie przepisów o działalności gospodarczej lub innych przepisów szczególnych niemająca ustalonego prawa 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, oraz osoba prowadząca niepubliczną szkołę, placówkę lub ich zespół, na podstawie przepisów o systemie oświaty

05 11 – osoba współpracująca z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność

05 12 – osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą na podstawie przepisów o działalności gospodarczej lub innych przepisów szczególnych 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 13 – osoba niepełnosprawna, która po raz pierwszy podjęła prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej i skorzystała z dofinansowania 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, w brzmieniu obowiązującym do dnia 1 stycznia 2008 r., a obecnie ma obowiązek dopłaty składek i przekazuje po dniu 30 czerwca 2008 r. dokumenty rozliczeniowe korygujące za okres do grudnia 2007 r.

05 20 – twórca

05 30 – artysta

05 40 – osoba prowadząca pozarolniczą działalność w zakresie wolnego zawodu

05 43 – wspólnik jednoosobowej spółki z ograniczoną odpowiedzialnością oraz wspólnicy spółki jawnej, komandytowej lub partnerskiej

05 44 – osoba prowadząca pozarolniczą działalność, z mocy przepisów szczególnych niepodlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu

05 45 – osoba współpracująca z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność, z mocy przepisów szczególnych niepodlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu

05 70 – osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą niemająca ustalonego prawa 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

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

05 80 – osoba prowadząca pozarolniczą działalność, której zasiłek macierzyński nie przekracza kwoty świadczenia rodzicielskiego

05 81 – osoba współpracująca z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność, której zasiłek macierzyński nie przekracza kwoty świadczenia rodzicielskiego

06 10 – poseł lub senator pobierający uposażenie

07 10 – stypendysta sportowy pobierający stypendium podlegający z tego tytułu ubezpieczeniom społecznym oraz ubezpieczeniu zdrowotnemu albo wyłącznie ubezpieczeniu zdrowotnemu

07 20 – stypendysta sportowy pobierający stypendium podlegający z tego tytułu wyłącznie ubezpieczeniom społecznym

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, osoba pobierająca świadczenie integracyjne
09 11 – osoba bezrobotna niepobierająca zasiłku dla bezrobotnych lub stypendium
09 20 – osoba pobierająca stypendium w okresie odbywania szkolenia, stażu lub przygotowania zawodowego dorosłych, na które została skierowana przez powiatowy urząd pracy lub inny niż powiatowy urząd pracy podmiot kierujący oraz osoba pobierająca stypendium w okresie odbywania studiów podyplomowych
09 40 – osoba zamieszkała w Rzeczypospolitej Polskiej pobierająca zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne
09 41 – osoba pobierająca zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne, zamieszkała w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA)
10 10 – duchowny, nieprowadzący pozarolniczej działalności gospodarczej, opłacający składkę od minimalnej podstawy wymiaru
10 11 – duchowny, nieprowadzący pozarolniczej działalności gospodarczej, opłacający składkę od minimalnej podstawy oraz od zadeklarowanej nadwyżki ponad minimalną podstawę wymiaru, należną za okres do dnia 31 marca 2004 r.
10 12 – duchowny, nieprowadzący pozarolniczej działalności gospodarczej, opłacający składkę od zadeklarowanej nadwyżki ponad minimalną podstawę wymiaru
10 20 – duchowny, nieprowadzący pozarolniczej działalności gospodarczej, będący członkiem zakonu kontemplacyjno-klauzurowego lub misjonarzem, opłacający składkę od minimalnej podstawy wymiaru
10 50 – alumn seminarium duchownego, nowicjusz, postulant i juniorysta, podlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu
11 10 – żołnierz niezawodowy w służbie czynnej
11 11 – osoba odbywająca służbę zastępczą
11 12 – osoba odbywająca nadterminową zasadniczą służbę wojskową
11 13 – osoba odbywająca okresową służbę wojskową
11 14 – funkcjonariusz w służbie kandydackiej oraz kandydat na żołnierza zawodowego
11 20 – żołnierz zawodowy
11 30 – funkcjonariusz Policji
11 31 – funkcjonariusz Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Agencji Wywiadu
11 32 – funkcjonariusz Straży Granicznej
11 33 – funkcjonariusz Państwowej Straży Pożarnej
11 34 – funkcjonariusz Służby Celno-Skarbowej
11 35 – funkcjonariusz Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego albo *Biura Ochrony Rządu*[4)]
11 40 – funkcjonariusz Służby Więziennej
11 50 – osoba w stanie spoczynku pobierająca uposażenie
11 51 – osoba pobierająca uposażenie rodzinne
11 52 – osoba pobierająca uposażenie po zwolnieniu ze służby lub świadczenia pieniężne o takim samym charakterze

---

4) Obecnie: funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa na podstawie art. 359 ust. 1 ustawy z dnia 8 grudnia 2017 r. o Służbie Ochrony Państwa (Dz. U. z 2018 r. poz. 138), która weszła w życie z dniem 1 lutego 2018 r.

11 53 – żołnierz lub funkcjonariusz, za którego jest obowiązek opłacenia składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe w związku ze zwolnieniem ze służby lub utratą prawa do emerytury bądź renty
12 11 – osoba przebywająca na urlopie wychowawczym
12 50 – osoba sprawująca osobistą opiekę nad dzieckiem, która bezpośrednio przed podjęciem opieki podlegała ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność
12 60 – osoba sprawująca osobistą opiekę nad dzieckiem, która bezpośrednio przed sprawowaniem opieki podlegała ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym jako zleceniobiorca
12 70 – osoba sprawująca osobistą opiekę nad dzieckiem, która bezpośrednio przed podjęciem opieki podlegała ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym jako osoba współpracująca z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność albo ze zleceniobiorcą
12 80 – osoba sprawująca osobistą opiekę nad dzieckiem, która bezpośrednio przed podjęciem opieki podlegała ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym jako osoba duchowna
12 90 – osoba sprawująca osobistą opiekę nad dzieckiem, podlegająca wyłącznie ubezpieczeniu emerytalnemu
12 40 – osoba pobierająca zasiłek macierzyński
13 10 – osoba, która na podstawie odrębnych przepisów lub układów zbiorowych pracy pobiera świadczenie socjalne wypłacane w czasie urlopu innego niż kolejowy
13 20 – osoba pobierająca zasiłek socjalny na czas przekwalifikowania zawodowego i poszukiwania nowego zatrudnienia
13 21 – osoba, która na podstawie odrębnych przepisów lub układów zbiorowych pracy pobiera świadczenie socjalne wypłacane w czasie urlopu kolejowego
13 22 – osoba pobierająca świadczenie socjalne w okresie zwolnienia z obowiązku świadczenia pracy
14 22 – świadczeniobiorca, za którego jednostka organizacyjna pomocy społecznej albo wójt, burmistrz lub prezydent miasta ma obowiązek opłacać składki
18 11 – student lub uczestnik studiów doktoranckich, za którego szkoła wyższa lub jednostka organizacyjna prowadząca studia doktoranckie jest zobowiązana do opłacania składek na ubezpieczenie zdrowotne
18 30 – słuchacz *Krajowej Szkoły Administracji Publicznej*[5)]
19 00 – osoba podlegająca dobrowolnie ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym, na podstawie art. 7 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych
19 10 – osoba podlegająca dobrowolnie ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym w okresie zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej
20 10 – sędzia
20 20 – prokurator, ławnik sądowy, aplikant Krajowej Szkoły Sądownictwa i Prokuratury
20 30 – sędzia lub prokurator, za którego jest obowiązek opłacenia składek na ubezpieczenia społeczne, w związku z rozwiązaniem lub wygaśnięciem stosunku służbowego
21 10 – dziecko lub uczeń niepodlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu

---

5) Obecnie: Krajowej Szkoły Administracji Publicznej im. Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Lecha Kaczyńskiego na podstawie art. 7 pkt 1 ustawy z dnia 14 września 2016 r. o zmianie ustawy o Krajowej Szkole Administracji Publicznej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1807), która weszła w życie z dniem 19 listopada 2016 r.

21 20 – słuchacz zakładu kształcenia nauczycieli niepodlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu
22 10 – kombatant, za którego składki na ubezpieczenie zdrowotne ma obowiązek opłacać Urząd do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych
22 30 – osoba podlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu uprawnienia do świadczeń alimentacyjnych na podstawie ugody sądowej lub prawomocnego orzeczenia sądu
22 40 – członek rady nadzorczej, podlegający z tego tytułu wyłącznie ubezpieczeniu zdrowotnemu
22 41 – członek rady nadzorczej, podlegający z tego tytułu ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym oraz ubezpieczeniu zdrowotnemu
22 42 – członek rady nadzorczej, podlegający z tego tytułu ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym, niepodlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu
24 10 – osoba objęta dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym lub wolontariusz, niepodlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu, za którego składkę na ubezpieczenie zdrowotne dobrowolnie finansuje korzystający, o którym mowa w przepisach o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie
25 00 – emeryt lub rencista zamieszkały w Rzeczypospolitej Polskiej, którego składka na ubezpieczenie zdrowotne finansowana jest przez świadczeniobiorcę
25 01 – emeryt lub rencista zamieszkały w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), którego składka na ubezpieczenie zdrowotne finansowana jest przez świadczeniobiorcę
25 10 – emeryt lub rencista zamieszkały w Rzeczypospolitej Polskiej, którego składka na ubezpieczenie zdrowotne jest finansowana z budżetu państwa
25 11 – emeryt lub rencista zamieszkały w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), którego składka na ubezpieczenie zdrowotne finansowana jest z budżetu państwa
26 00 – osoba pobierająca nauczycielskie świadczenie kompensacyjne zamieszkała w Rzeczypospolitej Polskiej
26 01 – osoba pobierająca nauczycielskie świadczenie kompensacyjne zamieszkała w innym niż Rzeczypospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA)
27 00 – osoba pobierająca emeryturę pomostową zamieszkała w Rzeczypospolitej Polskiej
27 01 – osoba pobierająca emeryturę pomostową zamieszkała w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA)
30 00 – osoba, za którą należy rozliczyć i opłacić składki lub należne świadczenia w dokumentach rozliczeniowych składanych nie wcześniej niż za następny miesiąc, po ustaniu tytułu do ubezpieczeń
50 00 – inny tytuł do ubezpieczeń

2. Ustalone bądź nieustalone 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
3. Stopień niepełnosprawności:
   0 – osoba nieposiadająca orzeczenia o niepełnosprawności lub osoba, która posiada orzeczenie i nie przedłożyła go płatnikowi składek

1 – osoba, która przedłożyła płatnikowi składek orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności
2 – osoba, która przedłożyła płatnikowi składek orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności
3 – osoba, która przedłożyła płatnikowi składek orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności
4 – osoba, która przedłożyła płatnikowi orzeczenie o niepełnosprawności wydawane osobom do 16. roku życia

II. Kod stopnia pokrewieństwa/powinowactwa – składa się z 2 znaków:
01 – małżonek
11 – dziecko własne, przysposobione lub dziecko małżonka
21 – wnuk albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej lub rodzinnego domu dziecka
30 – matka
31 – ojciec
32 – macocha
33 – ojczym
40 – babka
41 – dziadek
50 – osoby przysposabiające osoby ubezpieczone
60 – inni wstępni pozostający z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym

III. Kod pracy w szczególnych warunkach – składa się z 3 znaków zgodnych z załącznikiem nr 1 do ustawy z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych (Dz. U. z 2017 r. poz. 664, z późn. zm.), z których:
– w polu pierwszym należy wpisać numer załącznika (1)
– w polu drugim i trzecim należy wpisać numer rodzaju pracy:
01 – prace bezpośrednio przy przeróbce mechanicznej węgla oraz rud metali lub ich wzbogacaniu
02 – prace udostępniające lub eksploatacyjne związane z urabianiem minerałów skalnych
03 – prace pod ziemią bezpośrednio przy drążeniu tuneli w górotworze
04 – prace bezpośrednio przy zalewaniu form odlewniczych, transportowaniu naczyń odlewniczych z płynnym, rozgrzanym materiałem (żeliwo, staliwo, metale nieżelazne i ich stopy)
05 – prace bezpośrednio przy ręcznej obróbce wykańczającej odlewy: usuwanie elementów układu wlewowego, ścinanie, szlifowanie powierzchni odlewów oraz ich malowanie na gorąco
06 – prace bezpośrednio przy obsłudze wielkich pieców oraz pieców stalowniczych lub odlewniczych
07 – prace murarskie bezpośrednio w piecach hutniczych, odlewniczych, bateriach koksowniczych oraz w piecach do produkcji materiałów ceramicznych
08 – prace bezpośrednio przy ręcznym zestawianiu surowców lub ręcznym formowaniu wyrobów szklanych w hutnictwie szkła
09 – prace bezpośrednio przy kuciu ręcznym w kuźniach
10 – prace bezpośrednio przy obsłudze agregatów i urządzeń do produkcji metali nieżelaznych
11 – prace bezpośrednio przy obsłudze ciągów walcowniczych: przygotowanie, dozorowanie pracy walców lub samotoków, ingerencja przy wypadaniu i zaklinowaniu materiałów
12 – prace przy obsłudze dźwignic bezpośrednio przy wytapianiu surówki, stopów żelaza lub metali nieżelaznych

13 – prace bezpośrednio przy produkcji koksu w bateriach koksowniczych
14 – prace bezpośrednio przy wypychaniu koksu z baterii koksowniczych, gaszeniu lub sortowaniu koksu
15 – prace bezpośrednio przy produkcji materiałów formierskich lub izolacyjnoegzotermicznych używanych w odlewnictwie i hutnictwie
16 – prace bezpośrednio przy ręcznym załadunku lub wyładunku pieców komorowych wyrobami ogniotrwałymi
17 – prace bezpośrednio przy ręcznym załadunku lub rozładunku gorących wyrobów ceramicznych
18 – prace bezpośrednio przy formowaniu wyrobów ogniotrwałych wielkogabarytowych przy użyciu ręcznych narzędzi wibracyjnych
19 – prace przy ręcznym formowaniu, odlewaniu, czyszczeniu lub szkliwieniu wyrobów ceramicznych
20 – prace nurka lub kesoniarza, prace w komorach hiperbarycznych
21 – prace fizyczne ciężkie bezpośrednio przy przeładunku w ładowniach statku
22 – prace rybaków morskich
23 – prace na statkach żeglugi morskiej
24 – prace na morskich platformach wiertniczych
25 – prace w powietrzu wykonywane na statkach powietrznych przez personel pokładowy
26 – prace bezpośrednio przy obsłudze urządzeń wiertniczych i wydobywczych przy poszukiwaniu złóż ropy naftowej lub gazu ziemnego
27 – prace bezpośrednio przy obróbce odwiertów w górnictwie otworowym: ropy naftowej lub gazu ziemnego
28 – prace bezpośrednio przy spawaniu łukowym lub cięciu termicznym w pomieszczeniach o bardzo małej kubaturze, z utrudnioną wentylacją (podwójne dna statków, zbiorniki, rury itp.)
29 – prace bezpośrednio przy malowaniu, nitowaniu lub montowaniu elementów wyposażenia w pomieszczeniach o bardzo małej kubaturze z utrudnioną wentylacją (podwójne dna statków, zbiorniki, rury itp.)
30 – prace wewnątrz cystern, kotłów, a także zbiorników o bardzo małej kubaturze po substancjach niebezpiecznych
31 – prace przy ręcznym układaniu na gorąco nawierzchni z mieszanek mineralno--bitumicznych
32 – prace bezpośrednio przy przetwórstwie materiałów zawierających azbest lub prace rozbiórkowe związane z ich usuwaniem
33 – prace garbarskie bezpośrednio przy obróbce mokrych skór
34 – prace bezpośrednio przy zrywce lub ręcznej ścince drzew przenośną pilarką z piłą łańcuchową
35 – prace w pomieszczeniach o narzuconej technologią temperaturze powietrza poniżej 0°C
36 – prace fizyczne ciężkie w podziemnych kanałach ściekowych
37 – prace tancerzy zawodowych związane z bardzo ciężkim wysiłkiem fizycznym
38 – prace przy wywozie nieczystości stałych i płynnych oraz prace na wysypiskach i wylewiskach nieczystości związane z bardzo ciężkim wysiłkiem fizycznym
39 – prace przy kuciu ręcznym w kuźniach przemysłowych oraz obsłudze młotów mechanicznych
40 – prace przy produkcji węglików spiekanych, elektrod, rud i walczaków oraz żelazostopów

IV. Kod pracy o szczególnym charakterze – składa się z 3 znaków zgodnych z załącznikiem nr 2 do ustawy z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych, z których:

– w polu pierwszym należy wpisać numer załącznika (2)

– w polu drugim i trzecim należy wpisać numer rodzaju pracy:

01 – prace pilotów statków powietrznych (pilot, instruktor)

02 – prace kontrolerów ruchu lotniczego

03 – prace mechaników lotniczych związane z bezpośrednią obsługą potwierdzającą bezpieczeństwo statków powietrznych na płycie lotniska

04 – prace nawigatorów na statkach morskich oraz pilotów morskich

05 – prace maszynistów pojazdów trakcyjnych (maszynista pojazdów trakcyjnych, maszynista instruktor, maszynista zakładowy, maszynista wieloczynnościowych i ciężkich maszyn do kolejowych robót budowlanych i kolejowej sieci trakcyjnej, kierowca lokomotywy spalinowej o mocy do 300 KM, pomocnik maszynisty pojazdów trakcyjnych) i kierowników pociągów

06 – prace bezpośrednio przy ustawianiu drogi przebiegu pociągów i pojazdów metra (dyżurny ruchu, nastawniczy, manewrowy, ustawiacz, zwrotniczy, rewident taboru bezpośrednio potwierdzający bezpieczeństwo pociągu, dyspozytor ruchu metra, dyżurny ruchu i stacji metra)

07 – prace funkcjonariuszy straży ochrony kolei

08 – prace kierowców autobusów, trolejbusów oraz motorniczych tramwajów w transporcie publicznym

09 – prace kierowców pojazdów uprzywilejowanych

10 – prace kierowców pojazdów przewożących towary niebezpieczne wymagające oznakowania pojazdu tablicą ostrzegawczą barwy pomarańczowej, zgodnie z przepisami Umowy europejskiej dotyczącej międzynarodowego przewozu drogowego towarów niebezpiecznych (ADR), sporządzonej w Genewie dnia 30 września 1957 r.

11 – prace operatorów reaktorów jądrowych

12 – prace operatorów żurawi wieżowych, do obsługi których są wymagane uprawnienia kategorii IŻ lub równorzędne, oraz dźwignic portowych lub stoczniowych

13 – prace przy bezpośrednim sterowaniu procesami technologicznymi mogącymi stwarzać zagrożenie wystąpienia poważnej awarii przemysłowej ze skutkami dla bezpieczeństwa publicznego

14 – prace przy bezpośrednim sterowaniu procesami technicznymi mogącymi spowodować awarię techniczną z poważnymi skutkami dla bezpieczeństwa publicznego

15 – prace bezpośrednio przy produkcji materiałów wybuchowych, środków strzałowych, wyrobów pirotechnicznych oraz ich konfekcjonowaniu

16 – prace bezpośrednio przy sterowaniu blokami energetycznymi wytwarzającymi energię elektryczną lub cieplną

17 – prace elektromonterów bezpośrednio przy usuwaniu awarii oraz eksploatacji napowietrznych sieci elektroenergetycznych w warunkach prac pod napięciem

18 – prace członków zespołów ratownictwa medycznego

19 – prace członków zawodowych ekip ratownictwa (chemicznego, górskiego, morskiego, górnictwa otworowego)

20 – prace pracowników jednostek ochrony przeciwpożarowej, o których mowa w art. 15 pkt 1a–5 i 8 ustawy z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej (Dz. U. z 2018 r. poz. 620), uczestniczących bezpośrednio w akcjach ratowniczych

21 – prace nauczycieli, wychowawców i innych pracowników pedagogicznych zatrudnionych w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych, młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, ośrodkach szkolno-wychowawczych, schroniskach dla nieletnich oraz zakładach

poprawczych, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2016 r. poz. 1654, z późn. zm.)

22 – prace personelu sprawującego opiekę nad mieszkańcami domów pomocy społecznej dla przewlekle psychicznie chorych, niepełnosprawnych intelektualnie dzieci i młodzieży lub dorosłych, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2017 r. poz. 1769, z późn. zm.)

23 – prace personelu medycznego oddziałów psychiatrycznych i leczenia uzależnień w bezpośrednim kontakcie z pacjentami, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2017 r. poz. 882, z późn. zm.)

24 – prace personelu medycznego w zespołach operacyjnych dyscyplin zabiegowych i anestezjologii w warunkach ostrego dyżuru

V. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia składa się z trzech znaków:

01R – Dolnośląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia we Wrocławiu
02R – Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Bydgoszczy
03R – Lubelski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Lublinie
04R – Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze
05R – Łódzki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Łodzi
06R – Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie
07R – Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Warszawie
08R – Opolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Opolu
09R – Podkarpacki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Rzeszowie
10R – Podlaski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Białymstoku
11R – Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Gdańsku
12R – Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach
13R – Świętokrzyski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Kielcach
14R – Warmińsko-Mazurski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Olsztynie
15R – Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu
16R – Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Szczecinie

VI. Kod stopnia niepełnosprawności

0 – osoba nieposiadająca orzeczenia o niepełnosprawności
1 – osoba posiadająca orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności
2 – osoba posiadająca orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności
3 – osoba posiadająca orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności
4 – osoba posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności wydawane osobom do 16. roku życia

VII. Kod przyczyny wyrejestrowania ubezpieczonego – składa się z 3 znaków:

100 – ustanie tytułu do ubezpieczeń/ubezpieczenia
500 – zgon osoby ubezpieczonej
600 – inna przyczyna wyrejestrowania
700 – zawieszenie wykonywania pozarolniczej działalności gospodarczej na podstawie przepisów o swobodzie działalności gospodarczej
800 – wyrejestrowanie pracownika w związku z przejściem zakładu pracy lub jego części na innego pracodawcę w trybie art. 23^1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2018 r. poz. 108, z późn. zm.)

VIII. Kod rodzaju uprawnienia – składa się z 2 znaków:

11 – wpis do ewidencji, na listę lub do rejestru
31 – koncesja
32 – zezwolenie
34 – decyzja
40 – uprawnienie inne niż wymienione wyżej

IX. Kod przyczyny wyrejestrowania płatnika – składa się z 3 znaków:

111 – zaprzestanie prowadzenia pozarolniczej działalności
115 – postanowienie sądu o ukończeniu postępowania upadłościowego
117 – zgon płatnika składek
210 – zawieszenie wykonywania pozarolniczej działalności gospodarczej na podstawie przepisów o swobodzie działalności gospodarczej.
211 – wykreślenie z rejestru, ewidencji lub skreślenie z listy
311 – decyzja właściwego organu o likwidacji płatnika składek będącego jednostką sektora finansów publicznych
350 – wyrejestrowanie z ubezpieczeń ostatniej osoby, za którą płatnik miał obowiązek składania dokumentów ubezpieczeniowych
600 – inna przyczyna wyrejestrowania

X. Typ identyfikatora:

P – PESEL
N – NIP
R – REGON
1 – dowód osobisty
2 – paszport lub inny dokument potwierdzający tożsamość obywatela UE

XI. Kod świadczenia/przerwy – składa się z 3 znaków:

1. Przerwa w opłacaniu składek:
   111 – urlop bezpłatny
   121 – urlop wychowawczy udzielony na podstawie art. 186 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy
   122 – urlop wychowawczy udzielony na podstawie art. 186 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy
   151 – okres usprawiedliwionej nieobecności w pracy, bez prawa do wynagrodzenia lub zasiłku
   152 – okres nieusprawiedliwionej nieobecności w pracy
2. Rodzaj świadczenia:
   212 – zasiłek wyrównawczy z ubezpieczenia chorobowego
   214 – zasiłek wyrównawczy z ubezpieczenia wypadkowego
   215 – wyrównanie zasiłku wyrównawczego z ubezpieczenia chorobowego
   216 – wyrównanie zasiłku wyrównawczego z ubezpieczenia wypadkowego
3. Rodzaj świadczenia i przerwy:
   311 – zasiłek macierzyński z ubezpieczenia chorobowego za okres ustalony jako okres urlopu macierzyńskiego lub urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego
   312 – zasiłek opiekuńczy z ubezpieczenia chorobowego
   313 – zasiłek chorobowy z ubezpieczenia chorobowego
   314 – zasiłek chorobowy z ubezpieczenia wypadkowego
   315 – wyrównanie zasiłku macierzyńskiego z ubezpieczenia chorobowego za okres ustalony jako okres urlopu macierzyńskiego lub urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego
   316 – wyrównanie zasiłku opiekuńczego z ubezpieczenia chorobowego

317 – wyrównanie zasiłku chorobowego z ubezpieczenia chorobowego
318 – wyrównanie zasiłku chorobowego z ubezpieczenia wypadkowego
319 – zasiłek macierzyński z ubezpieczenia chorobowego za okres ustalony jako okres urlopu rodzicielskiego
320 – wyrównanie zasiłku macierzyńskiego z ubezpieczenia chorobowego za okres ustalony jako okres urlopu rodzicielskiego
321 – świadczenie rehabilitacyjne z ubezpieczenia chorobowego
322 – świadczenie rehabilitacyjne z ubezpieczenia wypadkowego
323 – wyrównanie świadczenia rehabilitacyjnego z ubezpieczenia chorobowego
324 – wyrównanie świadczenia rehabilitacyjnego z ubezpieczenia wypadkowego
325 – zasiłek macierzyński z ubezpieczenia chorobowego za okres ustalony jako okres dodatkowego urlopu macierzyńskiego lub dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego
326 – wyrównanie zasiłku macierzyńskiego z ubezpieczenia chorobowego za okres ustalony jako okres dodatkowego urlopu macierzyńskiego lub dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego
327 – zasiłek macierzyński z ubezpieczenia chorobowego za okres ustalony jako okres urlopu ojcowskiego
328 – wyrównanie zasiłku macierzyńskiego z ubezpieczenia chorobowego za okres ustalony jako okres urlopu ojcowskiego
329 – podwyższenie zasiłku macierzyńskiego do kwoty świadczenia rodzicielskiego
331 – wynagrodzenie za czas niezdolności do pracy z powodu choroby, finansowane ze środków pracodawcy
332 – wynagrodzenie za czas niezdolności do pracy z powodu choroby, finansowane ze środków Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych
335 – wyrównanie wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy z powodu choroby, finansowane ze środków pracodawcy
336 – wyrównanie wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy z powodu choroby, finansowane ze środków Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych
350 – inne świadczenia/przerwy

XII. Kod terminu przesyłania deklaracji i raportów:

1 – dla deklaracji składanych do 5. dnia następnego miesiąca za miesiąc poprzedni
2 – dla deklaracji składanych do 10. dnia następnego miesiąca za miesiąc poprzedni
3 – dla deklaracji składanych do 15. dnia następnego miesiąca za miesiąc poprzedni (kodu nie stosują płatnicy, dla których ma zastosowanie kod „4”)
4 – dla deklaracji składanych do 15. dnia następnego miesiąca za miesiąc poprzedni przez wspólników spółek (jednoosobowych z ograniczoną odpowiedzialnością, cywilnych, jawnych, komandytowych, partnerskich), którzy opłacają składki wyłącznie za siebie, natomiast spółka zatrudnia pracowników lub inne osoby, podlegające z tego tytułu ubezpieczeniom, oraz przez osoby podlegające dobrowolnie ubezpieczeniu zdrowotnemu
5 – dla deklaracji składanych za sędziów, prokuratorów, żołnierzy lub funkcjonariuszy, za których jest obowiązek opłacania składek na ubezpieczenia społeczne

XIII. Kod informacji o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe:

1 – w przypadku gdy informację o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek przekazał ubezpieczony

2 – w przypadku gdy informację o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek przekazał płatnik składek

3 – w przypadku gdy informację o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek przekazał Zakład Ubezpieczeń Społecznych

XIV. Kody numerów identyfikatorów deklaracji rozliczeniowych i imiennego raportu miesięcznego:

1) 01 – dla deklaracji rozliczeniowej i imiennego raportu miesięcznego
   02–39 włącznie – dla deklaracji rozliczeniowej korygującej i imiennego raportu miesięcznego korygującego
2) w przypadku:
   a) powiatowych urzędów pracy, za bezrobotnych oraz osoby pobierające stypendium w okresie odbywania szkolenia, stażu lub przygotowania zawodowego w miejscu pracy, na które zostały skierowane przez powiatowy urząd pracy,
   b) wojskowych biur emerytalnych, Zakładu Emerytalno-Rentowego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Biura Emerytalnego Służby Więziennej, za emerytów i rencistów,
   c) jednostek organizacyjnych pomocy społecznej albo wójtów, burmistrzów i prezydentów miast, za osoby pobierające świadczenia rodzinne oraz za osoby korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej, za które opłacane są składki,
   d) banków rozliczających składki na ubezpieczenie zdrowotne w przypadku dokonywania wypłaty emerytury lub renty z zagranicy,
   e) innych podmiotów rozliczających składki na ubezpieczenie zdrowotne w przypadku dokonywania wypłat emerytury lub renty z zagranicy,
   f) instytucji rozliczającej składki na ubezpieczenie zdrowotne, dokonującej wypłaty renty strukturalnej zgodnie z przepisami o rentach strukturalnych i przepisami o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich ze środków pochodzących z sekcji Gwarancji Europejskiego Funduszu Orientacji i Gwarancji Rolnej oraz przepisami o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich z udziałem środków Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich,
   g) centrum integracji społecznej za osoby pobierające świadczenie integracyjne,
   51 – dla deklaracji rozliczeniowej i imiennego raportu miesięcznego
   52–69 włącznie – dla deklaracji rozliczeniowej korygującej i imiennego raportu miesięcznego korygującego
3) w przypadku ZUS za emerytów i rencistów oraz osoby pobierające zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne:
   51 – dla deklaracji rozliczeniowej i imiennego raportu miesięcznego
   52–89 włącznie – dla deklaracji rozliczeniowej korygującej i imiennego raportu miesięcznego korygującego
4) w przypadku sędziów, prokuratorów, żołnierzy lub funkcjonariuszy, za których powstał obowiązek opłacania składek na ubezpieczenia społeczne:
   70 – dla deklaracji rozliczeniowej i imiennego raportu miesięcznego
   71–79 włącznie – dla deklaracji rozliczeniowej korygującej i imiennego raportu miesięcznego korygującego
5) w przypadku deklaracji rozliczeniowej i imiennego raportu miesięcznego za dany miesiąc kalendarzowy, składanych przez syndyka upadłości za okres od dnia ogłoszenia upadłości:
   80 – dla deklaracji rozliczeniowej i imiennego raportu miesięcznego
   81–89 włącznie – dla deklaracji rozliczeniowej korygującej i imiennego raportu miesięcznego korygującego

6) w przypadku płatników składek opłacających składki wyłącznie na własne ubezpieczenia, składających za dany miesiąc więcej niż jedną deklarację rozliczeniową z różnymi kodami tytułu ubezpieczenia:
   01 – dla pierwszej deklaracji rozliczeniowej składanej za dany miesiąc
   02–39 włącznie – dla deklaracji rozliczeniowej korygującej składanej do deklaracji oznaczonej numerem 01
   40 – dla drugiej deklaracji rozliczeniowej składanej za dany miesiąc
   41–49 włącznie – dla deklaracji rozliczeniowej korygującej składanej do deklaracji oznaczonej numerem 40
   51 – dla trzeciej deklaracji rozliczeniowej składanej za dany miesiąc
   52 –69 włącznie – dla deklaracji rozliczeniowej korygującej składanej do deklaracji oznaczonej numerem 51
7) w przypadku płatników składek zobowiązanych do sporządzenia i przekazania dokumentów rozliczeniowych za osobę sprawującą opiekę nad dziećmi na podstawie umowy uaktywniającej w rozumieniu ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3:
   40 – dla deklaracji rozliczeniowej i imiennego raportu miesięcznego
   41–49 włącznie – dla deklaracji rozliczeniowej korygującej i imiennego raportu miesięcznego korygującego

Numer imiennego raportu miesięcznego powinien być zgodny z numerem deklaracji rozliczeniowej, do której jest dołączony