



DZIENNIK USTAW

RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 17 stycznia 2020 r.

Poz. 81

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA RODZINY, PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ¹⁾

z dnia 20 grudnia 2019 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie określenia wzorów zgłoszeń do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego, imiennych raportów miesięcznych i imiennych raportów miesięcznych korygujących, zgłoszeń płatnika składek, deklaracji rozliczeniowych i deklaracji rozliczeniowych korygujących, zgłoszeń danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, raportów informacyjnych, oświadczeń o zamiarze przekazania raportów informacyjnych 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 2019 r. poz. 300, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 grudnia 2018 r. w sprawie określenia wzorów zgłoszeń do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego, imiennych raportów miesięcznych i imiennych raportów miesięcznych korygujących, zgłoszeń płatnika składek, deklaracji rozliczeniowych i deklaracji rozliczeniowych korygujących, zgłoszeń danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, raportów informacyjnych, oświadczeń o zamiarze przekazania raportów informacyjnych oraz innych dokumentów (Dz. U. poz. 2495) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) załącznik nr 12 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 1 do niniejszego rozporządzenia;
- 2) załącznik nr 17 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 2 do niniejszego rozporządzenia;
- 3) załączniki nr 19 i 20 do rozporządzenia otrzymują brzmienie określone odpowiednio w załącznikach nr 3 i 4 do niniejszego rozporządzenia;
- 4) w załączniku nr 24 do rozporządzenia w części I „Kod tytułu ubezpieczenia” w dziale 1 „Podmiot podstawowy wraz z rozszerzeniem” wyrazy „05 43 – wspólnik jednoosobowej spółki z ograniczoną odpowiedzialnością oraz wspólnicy spółki jawnej, komandytowej lub partnerskiej” zastępuje się wyrazami „05 43 – wspólnik jednoosobowej spółki z ograniczoną odpowiedzialnością, wspólnicy spółki jawnej, komandytowej lub partnerskiej oraz akcjonariusz prostej spółki akcyjnej wnoszący jako wkład świadczenie pracy lub usług”.

§ 2. Do dokumentów przekazywanych za okresy przypadające przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia stosuje się wzory określone w przepisach rozporządzenia zmienianego w § 1 w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 czerwca 2020 r., z wyjątkiem § 1 pkt 4, który wchodzi w życie z dniem 1 marca 2020 r.

Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej: *M. Maląg*

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 18 listopada 2019 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (Dz. U. poz. 2267).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2019 r. poz. 303, 730, 1495, 1553, 1590, 1655, 1818, 2020, 2070, 2473 i 2550.

Załączniki do rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy
i Polityki Społecznej z dnia 20 grudnia 2019 r. (poz. 81)

Załącznik nr 1

PŁATNIK WYPELNIĄ POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE 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) <input type="text"/>				
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK				
01. Numer NIP (wpisać bez kresek) <input type="text"/>		02. Numer REGON <input type="text"/>		
03. Numer PESEL ¹⁾ <input type="text"/>		04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2 <input type="text"/>		
05. Seria i numer dokumentu <input type="text"/>		06. Nazwa skrócona <input type="text"/>		
07. Nazwisko <input type="text"/>		08. Imię pierwsze <input type="text"/>		
09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr) <input type="text"/>				
III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ				
01. Nazwisko <input type="text"/>				
02. Imię pierwsze <input type="text"/>		03. Typ <input type="text"/>		
		04. Identyfikator <input type="text"/>		
III. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE				
01. Kod tytułu ubezpieczenia <input type="text"/>				
02. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe <input type="text"/>			03. Wymiar czasu pracy <input type="text"/>	
UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBOWE	WYPADKOWE
04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI			05.	06.
	zł	gr	zł	gr
07. SKŁADKA FINANSOWANA PRZEZ: ubezpieczonego	08.	09.	10.	
	zł	zł	zł	zł
	gr	gr	gr	gr
11. płatnika składek	12.	13.	14.	
	zł	zł	zł	zł
	gr	gr	gr	gr
15. budżet państwa	16.	17.	18.	
	zł	zł	zł	zł
	gr	gr	gr	gr
19. PFRON ²⁾	20.	21.	22.	
	zł	zł	zł	zł
	gr	gr	gr	gr
23. Fundusz Kościelny	24.	25.	26.	
	zł	zł	zł	zł
	gr	gr	gr	gr
27. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego <input type="text"/>		29. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.26) <input type="text"/>		
28. Kwota wypłaty w ramach pracowniczego planu kapitałowego finansowana przez płatnika składek <input type="text"/>				
III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE				
01. Podstawa wymiaru składki <input type="text"/>				
02. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika składek ³⁾ <input type="text"/>		03. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS <input type="text"/>		
04. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego <input type="text"/>		05. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny <input type="text"/>		
III. D. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA ⁴⁾				
01. Kwota wypłaconego zasilku rodzinnego <input type="text"/>		02. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego <input type="text"/>		
03. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego <input type="text"/>		04. Łączna kwota wypłaconych zasiłków (p.01 + p.02 + p.03) <input type="text"/>		

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

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

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	CHOROBY	WYPADKOWE
04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	zi, gr	zi, gr	zi, gr	zi, gr
05. SKŁADKA FINANSOWANA PRZEZ:				
ubezpieczonego	07. zi, gr	08. zi, gr	09. zi, gr	10. zi, gr
płatnika składek	11. zi, gr	12. zi, gr	13. zi, gr	14. zi, gr
budżetu państwa	15. zi, gr	16. zi, gr	17. zi, gr	18. zi, gr
PFRON ¹⁾	19. zi, gr	20. zi, gr	21. zi, gr	22. zi, gr
Fundusz Kościelny	23. zi, gr	24. zi, gr	25. zi, gr	26. zi, gr
27. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego	zi, gr			
28. Kwota wpłaty w ramach pracowniczego planu kapitałowego finansowana przez płatnika składek	zi, gr		29. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.26)	zi, gr

IV. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

IV. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Podstawa wymiaru składki _____ zi, gr

02. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika składek²⁾ _____ zi, gr

03. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS _____ zi, gr

04. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego _____ zi, gr

05. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny _____ zi, gr

IV. D. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA³⁾

01. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego _____ zi, gr

02. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego _____ zi, gr

03. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego _____ zi, gr

04. Łączna kwota wypłaconych zasiłków (p.01 + p.02 + p.03) _____ zi, 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 składek lub osoby upoważnionej	03. Pieczęć płatnika składek
--	------------------------------

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 w dniu 30 czerwca 2008 r.
³⁾ W tym polu należy także wykazać kwotę składki finansowaną z budżetu państwa, jeśli dotację otrzymuje płatnik składek.
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.

PLATNIK WYPELNIĄ POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

ZAKŁAD UBEZPIECZEN SPOŁECZNYCH		ZUS	DRA	strona: 1	DEKLARACJA ROZLICZENIOWA		
I. DANE ORGANIZACYJNE							
01. Termin przysyłania deklaracji i raportów		02. Identyfikator deklaracji (numer / mm / rrrr)		05. Znak i numer decyzji pokontrolnej			
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)		04. Nalepka „R”					
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA 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	01. Kwota składek na ubezpieczenie emerytalne		02. Kwota składek na ubezpieczenia rentowe		03. (p. 01 + p. 02) Suma kwot składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe		
	zł, gr		zł, gr		zł, gr		
	SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:	04. ubezpieczonych		05. ubezpieczonych		06. (p. 04 + p. 05)	
		zł, gr		zł, gr		zł, gr	
		07. płatnika składek		08. płatnika składek		09. (p. 07 + p. 08)	
		zł, gr		zł, gr		zł, gr	
		10. budżet państwa		11. budżet państwa		12. (p. 10 + p. 11)	
zł, gr		zł, gr		zł, gr			
13. PFRON ²⁾		14. PFRON ²⁾		15. (p. 13 + p. 14)			
zł, gr		zł, gr		zł, gr			
16. Fundusz Kościelny		17. Fundusz Kościelny		18. (p. 16 + p. 17)			
zł, gr		zł, gr		zł, gr			
SUMY SKŁADEK	19. Kwota składek na ubezpieczenie chorobowe		20. Kwota składek na ubezpieczenie wypadkowe		21. (p. 19 + p. 20) Suma kwot składek na ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe		
	zł, gr		zł, gr		zł, gr		
	SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:	22. ubezpieczonych		23. ubezpieczonych		24. (p. 22 + p. 23)	
		zł, gr		zł, gr		zł, gr	
		25. płatnika składek		26. płatnika składek		27. (p. 25 + p. 26)	
		zł, gr		zł, gr		zł, gr	
		28. budżet państwa		29. budżet państwa		30. (p. 28 + p. 29)	
zł, gr		zł, gr		zł, gr			
31. PFRON ²⁾		32. PFRON ²⁾		33. (p. 31 + p. 32)			
zł, gr		zł, gr		zł, gr			
34. Fundusz Kościelny		35. Fundusz Kościelny		36. (p. 34 + p. 35)			
zł, gr		zł, gr		zł, gr			
37. Kwota składek na ubezpieczenia społeczne, które powinien przekazać płatnik składek (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		03. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego		zł, gr	
02. Kwota wynagrodzenia należnego płatnikowi składek od wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego		zł, gr		04. Kwota wypłaconych świadczeń finansowanych z FUS ³⁾		zł, gr	
05. Łączna kwota do potrącenia (p. 01 + p. 02 + p. 03 + p. 04)						zł, gr	

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

ZAKŁAD UBEZPIECZENIA SPOŁECZNYCH	ZUS	DRA	strona: 2	DEKLARACJA ROZLICZENIOWA
VI. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE				
01. Kwota należnych składek finansowana przez płatnika składek ¹⁾	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	gr
02. Kwota należnych składek finansowana przez ubezpieczonych	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	gr
03. Kwota należnych składek finansowana przez Fundusz Kościelny	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	gr
04. Kwota należnych składek finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	gr
05. Kwota należnych składek do przekazania przez płatnika składek (p. 01 + p. 02)	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	gr
06. Kwota należnego wynagrodzenia dla płatnika składek ²⁾	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	gr
07. Kwota do zapłaty (p. 05 – p. 06)				
<input type="text"/>		zł	<input type="text"/>	gr
VII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FP I SFWON ORAZ FGŚP				
01. Kwota należnych składek na Fundusz Pracy i Solidarnościowy Fundusz Wsparcia Osób Niepełnosprawnych ³⁾	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	gr
02. Kwota należnych składek na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	gr
03. Kwota do zapłaty (p. 01 + p. 02)				
<input type="text"/>		zł	<input type="text"/>	gr
VIII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FUNDUSZ EMERYTUR POMOSTOWYCH				
01. Liczba pracowników, za których jest opłacana składka na Fundusz Emerytur Pomostowych	<input type="text"/>			
02. Liczba stanowisk pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze	<input type="text"/>			
03. Suma należnych składek na Fundusz Emerytur Pomostowych				
<input type="text"/>		zł	<input type="text"/>	gr
IX. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK DO ZWROTU / ZAPŁATY (p.IV.37 + p.VI.07 + p.VII.03 + p.VIII.03 - p.V.05)				
01. Kwota do zwrotu przez ZUS ⁴⁾	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	gr
02. Kwota do zapłaty				
<input type="text"/>		zł	<input type="text"/>	gr
X. DEKLARACJA DOCHODU (wypełniają osoby, które opłacają składki wyłącznie za siebie)				
01. Kod tytułu ubezpieczenia	<input type="text"/>			
02. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	gr
03. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	gr
04. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie wypadkowe	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	gr
05. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	gr
06. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe <input type="checkbox"/>				
XI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK				
01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)				
<input type="text"/>				
Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-na) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.				
02. Podpis płatnika składek lub osoby upoważnionej			03. Pieczęć płatnika składek	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	
Pouczenie: W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. IX.02 lub wpłacania jej 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 2019 r. poz. 1438, z późn. zm.)				
XII. ADNOTACJE ZUS				

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

²⁾ Pół 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 w dniu 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.

⁴⁾ W polu tym należy także wykazać kwotę składek finansowanych z budżetu państwa, jeżeli dotacje otrzymuje płatnik składek.

⁵⁾ Za okres od 1 kwietnia 2003 r. płatnik składek nie ma prawa do wynagrodzenia za rozliczenie składek na ubezpieczenie zdrowotne.

⁶⁾ Za okres od stycznia 2019 r. kwotę należnych składek stanowi suma stóp procentowych na Fundusz Pracy i Solidarnościowy Fundusz Wsparcia Osób Niepełnosprawnych.

⁷⁾ Kwota nadpłaty, zgodnie z art. 24 ust. 6a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 300, z późn. zm.), podlega zaliczeniu przez Zakład z urzędu na poczet zaległych lub bieżących składek, a w razie ich braku na poczet przyszłych składek, chyba że płatnik składek złoży wniosek o zwrot składek.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH **INFORMACJA MIESIĘCZNA DLA OSOBY UBEZPIECZONEJ**

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP
 02. Numer REGON
 03. Numer PESEL¹⁾
 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	CHOROBY	WYPADKOWE
05. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	zi gr		06. zi gr	07. zi gr
08. SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ: ubezpieczonych	zi gr	09. zi gr	10. zi gr	11. zi gr
12. płatnika składek	zi gr	13. zi gr	14. zi gr	15. zi gr
16. budżet państwa	zi gr	17. zi gr	18. zi gr	19. zi gr
20. PFRON ²⁾	zi gr	21. zi gr	22. zi gr	23. zi gr
24. Fundusz Kościelny	zi gr	25. zi gr	26. zi gr	27. zi gr

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

29. Kwota wpłaty w ramach pracowniczego planu kapitałowego finansowana przez płatnika składek zi gr

30. Łączna kwota składek (suma od p. 08 do p. 27) zi gr

III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Podstawa wymiaru składki zi gr
 02. Kwota należnej składki finansowanej przez płatnika składek³⁾ zi gr
 03. Kwota należnej składki finansowanej przez ubezpieczonego zi gr
 04. Kwota należnej składki finansowanej z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS zi gr
 05. Kwota należnej składki finansowanej przez Fundusz Kościelny zi gr

III. D. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ I WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBY 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 zi gr

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH **INFORMACJA MIESIĘCZNA DLA OSOBY UBEZPIECZONEJ**

III. E. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, ALE NALEŻNEGO ZA INNY ROK KALENDARZOWY, KTÓRY STANOWIŁ PODSTAWĘ WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE

01. Przychód za rok 	02. Kwota
03. Przychód za rok 	04. Kwota
05. Przychód za rok 	06. Kwota

III. F. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, ALE NALEŻNEGO ZA INNY ROK KALENDARZOWY, KTÓRY STANOWIŁ PODSTAWĘ WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE WYPADKOWE

01. Przychód za rok 	02. Kwota
03. Przychód za rok 	04. Kwota
05. Przychód za rok 	06. Kwota

III. G. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, OBOK WYNAGRODZENIA ZA CZAS NIEZDOLNOŚCI DO PRACY, ZASIŁKU CHOROBY, MACIERZYŃSKIEGO, OPIEKUNICZEGO, ŚWIADCZENIA REHABILITACYJNEGO, KTÓRY W OKRESIE POBIERANIA TEGO WYNAGRODZENIA LUB ZASIŁKU NIE STANOWIŁ PODSTAWY WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE

01. Kwota

III. H. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, OBOK WYNAGRODZENIA ZA CZAS NIEZDOLNOŚCI DO PRACY, ZASIŁKU CHOROBY, MACIERZYŃSKIEGO, OPIEKUNICZEGO, ŚWIADCZENIA REHABILITACYJNEGO, KTÓRY W OKRESIE POBIERANIA TEGO WYNAGRODZENIA LUB ZASIŁKU NIE STANOWIŁ PODSTAWY WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE I KTÓRY JEST NALEŻNY ZA INNY ROK KALENDARZOWY

01. Przychód za rok 	02. Kwota
03. Przychód za rok 	04. Kwota
05. Przychód za rok 	06. Kwota

III. I. OKRESY WYKONYWANIA PRACY NAUCZYCIELSKIEJ⁹⁾

01. Okres od (dd / mm / rrr) 	02. Okres do (dd / mm / rrr) 	03. Wymiar zajęć
04. Okres od (dd / mm / rrr) 	05. Okres do (dd / mm / rrr) 	06. Wymiar zajęć

IV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrr)

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

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

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

⁹⁾ Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.
²⁾ Pół 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 w dniu 30 czerwca 2008 r.
³⁾ W tym polu należy także wykazać kwotę składki finansowaną z budżetu państwa, jeśli dotację otrzymuje płatnik składek.
⁴⁾ Okres wykonywania pracy nauczycielskiej w placówkach, o których mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 22 maja 2009 r. o nauczycielskich świadczeniach kompensacyjnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 128).

ZAKŁAD UBEZPIECZEN SPOŁECZNYCH	INFORMACJA ROCZNA DLA OSOBY UBEZPIECZONEJ	
<p>III. E. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, ALE NALEŻNEGO ZA INNY ROK KALENDARZOWY, KTÓRY STANOWIŁ PODSTAWĘ WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE</p> <p>01. Przychód za rok </p> <p>02. Kwota </p> <p>03. Przychód za rok </p> <p>04. Kwota </p> <p>05. Przychód za rok </p> <p>06. Kwota </p>		
<p>III. F. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, ALE NALEŻNEGO ZA INNY ROK KALENDARZOWY, KTÓRY STANOWIŁ PODSTAWĘ WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE WYPADKOWE</p> <p>01. Przychód za rok </p> <p>02. Kwota </p> <p>03. Przychód za rok </p> <p>04. Kwota </p> <p>05. Przychód za rok </p> <p>06. Kwota </p>		
<p>III. G. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, OBOK WYNAGRODZENIA ZA CZAS NIEZDOLNOŚCI DO PRACY, ZASIŁKU CHOROBOWEGO, MACIERZYŃSKIEGO, OPIEKUŃCZEGO, ŚWIADCZENIA REHABILITACYJNEGO, KTÓRY W OKRESIE POBIERANIA TEGO WYNAGRODZENIA LUB ZASIŁKU NIE STANOWIŁ PODSTAWY WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE</p> <p>01. Kwota </p>		
<p>III. H. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, OBOK WYNAGRODZENIA ZA CZAS NIEZDOLNOŚCI DO PRACY, ZASIŁKU CHOROBOWEGO, MACIERZYŃSKIEGO, OPIEKUŃCZEGO, ŚWIADCZENIA REHABILITACYJNEGO, KTÓRY W OKRESIE POBIERANIA TEGO WYNAGRODZENIA LUB ZASIŁKU NIE STANOWIŁ PODSTAWY WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE I KTÓRY JEST NALEŻNY ZA INNY ROK KALENDARZOWY</p> <p>01. Przychód za rok </p> <p>02. Kwota </p> <p>03. Przychód za rok </p> <p>04. Kwota </p> <p>05. Przychód za rok </p> <p>06. Kwota </p>		
<p>III. I. OKRESY WYKONYWANIA PRACY NAUCZYCIELSKIEJ¹⁾</p> <p>01. Okres od (dd / mm / rrrr) </p> <p>02. Okres do (dd / mm / rrrr) </p> <p>03. Wymiar zajęć </p> <p>04. Okres od (dd / mm / rrrr) </p> <p>05. Okres do (dd / mm / rrrr) </p> <p>06. Wymiar zajęć </p>		
<p>IV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK</p> <p>01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr) </p> <p>Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.</p> <p>02. Podpis płatnika składek lub osoby przez niego upoważnionej oraz pieczęć adresowa płatnika składek</p>		
<p>¹⁾ Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.</p> <p>²⁾ Pół 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 w dniu 30 czerwca 2008 r.</p> <p>³⁾ W tym polu należy także wykazać kwotę składki finansowaną z budżetu państwa, jeśli dotację otrzymuje płatnik składek.</p> <p>⁴⁾ Okres wykonywania pracy nauczycielskiej w placówkach, o których mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 22 maja 2009 r. o nauczycielskich świadczeniach kompensacyjnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 128).</p>		