



DZIENNIK USTAW

RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 27 sierpnia 2024 r.

Poz. 1296

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA RODZINY, PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ¹⁾

z dnia 23 sierpnia 2024 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, informacji o zawartych umowach o dzieło 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 2024 r. poz. 497, 863 i 1243) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 20 grudnia 2020 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, informacji o zawartych umowach o dzieło oraz innych dokumentów (Dz. U. z 2023 r. poz. 2032 i 2529) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) załącznik nr 12 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 1 do niniejszego rozporządzenia;
- 2) załącznik nr 16 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 2 do niniejszego rozporządzenia;
- 3) załącznik nr 17 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 3 do niniejszego rozporządzenia;
- 4) załącznik nr 19 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 4 do niniejszego rozporządzenia;
- 5) załącznik nr 20 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 5 do niniejszego rozporządzenia;
- 6) załącznik nr 22 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 6 do niniejszego rozporządzenia;
- 7) w załączniku nr 25 do rozporządzenia w części I „Kod tytułu ubezpieczenia” w dziale 1 „Podmiot podstawowy wraz z rozszerzeniem”:
 - a) po wyrazach „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.” dodaje się od nowego wiersza wyrazy „05 14 – osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą zwolniona z opłacania składek, dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi 60 % kwoty prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego”;

¹⁾ Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej kieruje działem administracji rządowej – zabezpieczenie społeczne, na podstawie § 1 ust. 2 pkt 3 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 grudnia 2023 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (Dz. U. poz. 2715).

- b) po wyrazach: „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” dodaje się od nowego wiersza wyrazy „05 74 – osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą zwolniona z opłacania składek, dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi 30 % kwoty minimalnego wynagrodzenia”,
- c) wyrazy „05 90 – osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą niemająca ustalonego prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, dla której podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne uzależniona jest od przychodu” zastępuje się wyrazami „05 90 – osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą niemająca ustalonego prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, dla której podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne uzależniona jest od dochodu”,
- d) wyrazy „05 92 – osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą mająca ustalone prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy, dla której podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne uzależniona jest od przychodu” zastępuje się wyrazami „05 92 – osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą mająca ustalone prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy, dla której podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne uzależniona jest od dochodu”,
- e) po wyrazach „05 92 – osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą mająca ustalone prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy, dla której podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne uzależniona jest od dochodu” dodaje się od nowego wiersza wyrazy „05 94 – osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą zwolniona z opłacania składek, dla której podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne uzależniona jest od dochodu”.

§ 2. Kody tytułu ubezpieczenia określone w § 1 pkt 7 stosuje się do wypełniania dokumentów rozliczeniowych dotyczących okresu od dnia 1 grudnia 2024 r. składanych od stycznia 2025 r.

§ 3. Do dokumentów przekazywanych za okresy przypadające przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia stosuje się kody tytułu ubezpieczenia obowiązujące w okresie, za który dokumenty te zostały złożone.

§ 4. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 września 2024 r., z wyjątkiem § 1 pkt 7, który wchodzi w życie z dniem 1 listopada 2024 r.

Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej: *wz. A. Gajewska*

Załączniki do rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2024 r. (Dz. U. poz. 1296)

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 RCA	strona: 1	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH I WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH	
---------------------------------------	----------------	-----------	--	--

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer / rrr / rrr)

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 / rrr)

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
04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
05. SKŁADKA FINANSOWANA PRZEZ:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
06. ubezpieczonego	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
07. płatnika składek	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
08. budżetu państwa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
09. PFRON ²⁾	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. Fundusz Kościelny	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. 27. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12. 28. Kwota wpłaty w ramach pracowniczego planu kapitałowego finansowana przez płatnika składek	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13. 29. Łączna kwota składek (suma od p. 07 do p. 26)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Podstawa wymiaru składki

02. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika składek ⁴⁾

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

04. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego

05. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny

III. D. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA ⁵⁾

01. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego

02. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego

03. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego

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

III. E. FORMA OPODATKOWANIA OBOWIĄZUJĄCA W DANYM MIESIĄCU ORAZ PRZYCHÓD I DOCHÓD Z DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ DLA CELÓW WYLICZENIA SKŁADKI MIESIĘCZNEJ NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Forma opodatkowania: zasady ogólne – podatek według skali

02. Kwota dochodu uzyskanego w miesiącu bezpośrednio poprzedzającym miesiąc, za który dokonywane jest rozliczenie

03. Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne

04. Kwota należnej składki

PLATNIK WYPELNIŁA 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
-----------------------------------	----------------	-----------------	--

05. Forma opodatkowania: zasady ogólne – podatek liniowy

06. Kwota dochodu uzyskanego w miesiącu bezpośrednio poprzedzającym miesiąc, za który dokonywane jest rozliczenie

07. Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne

08. Kwota należnej składki

09. Forma opodatkowania: karta podatkowa

10. Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne

11. Kwota należnej składki

12. Forma opodatkowania: ryczałt od przychodów ewidencjonowanych

13. Suma przychodów w bieżącym roku kalendarzowym ⁶⁾

14. Deklaracja opłacania składek na podstawie przychodów uzyskanych w poprzednim roku kalendarzowym (zaznacz X, jeśli chcesz ustalać składkę na ubezpieczenie zdrowotne na podstawie przychodów uzyskanych w poprzednim roku kalendarzowym)

15. Kwota przychodów z działalności gospodarczej uzyskanych w ubiegłym roku kalendarzowym ⁷⁾ (podaj w przypadku zaznaczenia p. 14)

16. Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne

17. Kwota należnej składki

18. Bez formy opodatkowania

19. Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne

20. Kwota należnej składki

III. F. ROCZNE ROZLICZENIE SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE ⁸⁾

01. Rozliczenie składki zdrowotnej za rok

02. Zmiana formy opodatkowania od stycznia 2022 roku ⁹⁾

03. Zmiana formy opodatkowania od lipca 2022 roku ¹⁰⁾

04. Forma opodatkowania: zasady ogólne – podatek według skali

05. Kwota dochodu osiągniętego z działalności gospodarczej w roku, którego dotyczy roczne rozliczenie

06. Kwota należnego podatku za rok, za który dokonywane jest roczne rozliczenie ¹¹⁾

07. Roczna podstawa wymiaru składki

08. Roczna składka

09. Suma miesięcznych należnych składek wynikająca ze złożonych dokumentów za rok, którego dotyczy roczne rozliczenie

10. Kwota do dopłaty (p. 08 – p. 09) ¹²⁾

11. Kwota do zwrotu (p. 09 – p. 08) ¹³⁾

12. Forma opodatkowania: zasady ogólne – podatek liniowy

13. Kwota dochodu osiągniętego z działalności gospodarczej w roku, którego dotyczy roczne rozliczenie

14. Roczna podstawa wymiaru składki

15. Roczna składka

16. Suma miesięcznych należnych składek wynikająca ze złożonych dokumentów za rok, którego dotyczy roczne rozliczenie

17. Kwota do dopłaty (p. 15 – p. 16) ¹²⁾

18. Kwota do zwrotu (p. 16 – p. 15) ¹³⁾

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS RCA	strona 3	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH I WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH
-----------------------------------	---------	----------	--

19. Forma opodatkowania: ryczałt od przychodów ewidencjonowanych

20. Kwota przychodów osiągniętych z działalności gospodarczej w roku, którego dotyczy roczne rozliczenie

21. Roczna podstawa wymiaru składki

22. Roczna składka

23. Suma miesięcznych należnych składek wynikająca ze złożonych dokumentów za rok, którego dotyczy roczne rozliczenie

24. Kwota do dopłaty (p. 22 – p. 23)¹²⁾

25. Kwota do zwrotu (p. 23 – p. 22)¹³⁾

ŁĄCZNA KWOTA DO DOPLATY ALBO DO ZWROTU Z ROZLICZENIA ROCZNEGO¹⁴⁾

26. Łączna kwota do dopłaty

27. Łączna kwota do zwrotu

IV. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mrr / 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

V. ADNOTACJE ZUS

¹⁾ Numer PESEL podaje się, o ile został nadany

²⁾ Pole wypełniasz, tylko gdy korzystasz ze zwolnienia z obowiązku opłacania składek na ubezpieczenie chorobowe, na mocy ustawy z dnia 9 maja 2024 r. o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2024 r. poz. 863)

³⁾ 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.

⁴⁾ W tym polu należy także wykazać kwotę składki finansowaną z budżetu państwa, jeśli dotację otrzymuje płatnik składek.

⁵⁾ 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.

⁶⁾ Kwota przychodów osiągniętych od początku roku kalendarzowego do końca miesiąca, za który dokonywane jest rozliczenie

⁷⁾ Kwota rocznych przychodów w rozumieniu art. 81 ust. 2b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.)

⁸⁾ Roczne rozliczenie składki na ubezpieczenie zdrowotne dokonujesz począwszy od 1 maja 2023 r.

⁹⁾ Zmiana formy opodatkowania na podstawie art. 14–15 ustawy z dnia 9 czerwca 2022 r. o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2022 r. poz. 1265, z późn. zm.)

¹⁰⁾ Zmiana formy opodatkowania na podstawie art. 17 ustawy z dnia 9 czerwca 2022 r. o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz niektórych innych ustaw.

¹¹⁾ Pole wypełniasz wyłącznie w sytuacji, gdy w roku, którego dotyczy roczne rozliczenie, stosowałeś obniżenia składki na ubezpieczenie zdrowotne do wysokości zaliczki na podatek zgodnie z art. 82 ust. 10 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

¹²⁾ Wypełnij, jeśli składka roczna jest większa od sumy miesięcznych należnych składek wynikających ze złożonych dokumentów za rok, którego dotyczy roczne rozliczenie.

¹³⁾ Wypełnij, jeśli składka roczna jest mniejsza od sumy miesięcznych należnych składek wynikających ze złożonych dokumentów za rok, którego dotyczy roczne rozliczenie.

¹⁴⁾ Podajesz wyłącznie jedną kwotę: do dopłaty (p. 26) albo do zwrotu (p. 27). Jeśli w roku, który rozliczasz, stosowałeś jedną formę opodatkowania, wpisz ustaloną dla niej kwotę dopłaty albo zwrotu. Jeśli stosowałeś kilka form opodatkowania (skala podatkowa, podatek liniowy, ryczałt od przychodów ewidencjonowanych), wpisz ustaloną dla nich różnicę kwot dopłat i zwrotu

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS RPA	strona: 1	MIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O PRZYCHODACH UBEZPIECZONEGO/ OKRESACH PRACY NAUCZYCIELSKIEJ
-----------------------------------	----------------	-----------	--

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrr)

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

05. Kod tytułu ubezpieczenia

III. B. 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 <input type="text"/>	02. Kwota <input type="text"/>
03. Przychód za rok <input type="text"/>	04. Kwota <input type="text"/>
05. Przychód za rok <input type="text"/>	06. Kwota <input type="text"/>

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

01. Przychód za rok <input type="text"/>	02. Kwota <input type="text"/>
03. Przychód za rok <input type="text"/>	04. Kwota <input type="text"/>
05. Przychód za rok <input type="text"/>	06. Kwota <input type="text"/>

III. D. 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

01. Kwota

III. E. 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

01. Przychód za rok <input type="text"/>	02. Kwota <input type="text"/>
03. Przychód za rok <input type="text"/>	04. Kwota <input type="text"/>
05. Przychód za rok <input type="text"/>	06. Kwota <input type="text"/>

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

ZAKŁAD UBEZPIECZENIA SPOŁECZNYCH	ZUS RPA	strona: 2	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O PRZYCHODACH UBEZPIECZONEGO/ OKRESACH PRACY NAUCZYCIELSKIEJ
-------------------------------------	----------------	-----------	---

III. F. OKRESY WYKONYWANIA PRACY NAUCZYCIELSKIEJ²⁾

01. Okres od (dd / mm / rrrr)



02. Okres do (dd / mm / rrrr)



03. Wymiar zajęć



04. Okres od (dd / mm / rrrr)



05. Okres do (dd / mm / rrrr)



06. Wymiar zajęć



III. G. OKRESY WYKONYWANIA PRACY NAUCZYCIELSKIEJ – KARTA NAUCZYCIELA³⁾

01. Okres od (dd / mm / rrrr)



02. Okres do (dd / mm / rrrr)



03. Wymiar zajęć



04. Okres od (dd / mm / rrrr)



05. Okres do (dd / mm / rrrr)



06. Wymiar zajęć



IV. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)



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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęć płatnika

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

²⁾ 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 2024 r. poz. 245).

³⁾ Okresy wykonywania pracy nauczycielskiej w placówkach, o których mowa w art. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta nauczyciela (Dz.U. z 2023 r. poz. 984, z późn. zm.).

PLATNIK WYPELNI POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE 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)	05. Znak i numer decyzji pokontrolnej		
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. 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	
	04. ubezpieczonych	05. ubezpieczonych	06. (p. 04 + p. 05)	
	07. płatnika składek	08. płatnika składek	09. (p. 07 + p. 08)	
	10. budżet państwa	11. budżet państwa	12. (p. 10 + p. 11)	
	13. PFRON ²⁾	14. PFRON ²⁾	15. (p. 13 + p. 14)	
	16. Fundusz Kościelny	17. Fundusz Kościelny	18. (p. 16 + p. 17)	
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:				
	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	
	22. ubezpieczonych	23. ubezpieczonych	24. (p. 22 + p. 23)	
	25. płatnika składek	26. płatnika składek	27. (p. 25 + p. 26)	
	28. budżet państwa	29. budżet państwa	30. (p. 28 + p. 29)	
	31. PFRON ²⁾	32. PFRON ²⁾	33. (p. 31 + p. 32)	
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:				
	34. Fundusz Kościelny	35. Fundusz Kościelny	36. (p. 34 + p. 35)	
	37. Kwota składek na ubezpieczenia społeczne, które powinien przekazać płatnik składek (p. 06 + p. 09 + p. 24 + p. 27)			
	V. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ PODLEGAJĄCYCH ROZLICZENIU W CIĘŻAR SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE			
	01. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego	02. Kwota wynagrodzenia należnego płatnikowi składek od wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego	03. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego	04. Kwota wypłaconych świadczeń finansowanych z FUS ⁴⁾
	05. Łączna kwota do potrącenia (p. 01 + p. 02 + p. 03 + p. 04)			

PLATNIK 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
-----------------------------------	----------------	-----------------	---------------------------------

VI. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kwota należnych składek finansowana przez płatnika składek ⁵⁾	<input style="width: 100%; border: none; border-bottom: 1px solid black; border-top: 1px solid black; border-left: none; border-right: none; text-align: right; font-family: monospace; font-size: 0.8em;" type="text"/> zł gr
02. Kwota należnych składek finansowana przez ubezpieczonych	<input style="width: 100%; border: none; border-bottom: 1px solid black; border-top: 1px solid black; border-left: none; border-right: none; text-align: right; font-family: monospace; font-size: 0.8em;" type="text"/> zł gr
03. Kwota należnych składek finansowana przez Fundusz Kościelny	<input style="width: 100%; border: none; border-bottom: 1px solid black; border-top: 1px solid black; border-left: none; border-right: none; text-align: right; font-family: monospace; font-size: 0.8em;" type="text"/> zł gr
04. Kwota należnych składek finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS	<input style="width: 100%; border: none; border-bottom: 1px solid black; border-top: 1px solid black; border-left: none; border-right: none; text-align: right; font-family: monospace; font-size: 0.8em;" type="text"/> zł gr
05. Kwota należnych składek do przekazania przez płatnika składek (p. 01 + p. 02)	<input style="width: 100%; border: none; border-bottom: 1px solid black; border-top: 1px solid black; border-left: none; border-right: none; text-align: right; font-family: monospace; font-size: 0.8em;" type="text"/> zł gr
06. Kwota należnego wynagrodzenia dla płatnika składek ⁶⁾	<input style="width: 100%; border: none; border-bottom: 1px solid black; border-top: 1px solid black; border-left: none; border-right: none; text-align: right; font-family: monospace; font-size: 0.8em;" type="text"/> zł gr
07. Kwota do zapłaty (p. 05 - p. 06)	<input style="width: 100%; border: none; border-bottom: 1px solid black; border-top: 1px solid black; border-left: none; border-right: none; text-align: right; font-family: monospace; font-size: 0.8em;" type="text"/> zł gr

VII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FP I FS ORAZ FGŚP

01. Kwota należnych składek na Fundusz Pracy i Fundusz Solidarnościowy ⁷⁾		<input style="width: 100%; border: none; border-bottom: 1px solid black; border-top: 1px solid black; border-left: none; border-right: none; text-align: right; font-family: monospace; font-size: 0.8em;" type="text"/> zł gr	
02. Kwota należnych składek na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych	<input style="width: 100%; border: none; border-bottom: 1px solid black; border-top: 1px solid black; border-left: none; border-right: none; text-align: right; font-family: monospace; font-size: 0.8em;" type="text"/> zł gr	03. Kwota do zapłaty (p. 01 + p. 02)	<input style="width: 100%; border: none; border-bottom: 1px solid black; border-top: 1px solid black; border-left: none; border-right: none; text-align: right; font-family: monospace; font-size: 0.8em;" type="text"/> zł gr

VIII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FUNDUSZ EMERYTUR POMOSTOWYCH

01. Liczba pracowników, za których jest opłacana składka na Fundusz Emerytur Pomostowych	<input style="width: 100%; border: none; border-bottom: 1px solid black; border-top: 1px solid black; border-left: none; border-right: none; font-family: monospace; font-size: 0.8em;" type="text"/>	03. Suma należnych składek na Fundusz Emerytur Pomostowych	<input style="width: 100%; border: none; border-bottom: 1px solid black; border-top: 1px solid black; border-left: none; border-right: none; text-align: right; font-family: monospace; font-size: 0.8em;" type="text"/> zł gr
02. Liczba stanowisk pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze	<input style="width: 100%; border: none; border-bottom: 1px solid black; border-top: 1px solid black; border-left: none; border-right: none; font-family: monospace; font-size: 0.8em;" type="text"/>		

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 ⁸⁾	<input style="width: 100%; border: none; border-bottom: 1px solid black; border-top: 1px solid black; border-left: none; border-right: none; text-align: right; font-family: monospace; font-size: 0.8em;" type="text"/> zł gr
02. Kwota do zapłaty	<input style="width: 100%; border: none; border-bottom: 1px solid black; border-top: 1px solid black; border-left: none; border-right: none; text-align: right; font-family: monospace; font-size: 0.8em;" type="text"/> zł gr

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia	<input style="width: 100%; border: none; border-bottom: 1px solid black; border-top: 1px solid black; border-left: none; border-right: none; font-family: monospace; font-size: 0.8em;" type="text"/>
02. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe	<input style="width: 100%; border: none; border-bottom: 1px solid black; border-top: 1px solid black; border-left: none; border-right: none; text-align: right; font-family: monospace; font-size: 0.8em;" type="text"/> zł gr
03. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe	<input style="width: 100%; border: none; border-bottom: 1px solid black; border-top: 1px solid black; border-left: none; border-right: none; text-align: right; font-family: monospace; font-size: 0.8em;" type="text"/> zł gr
04. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie wypadkowe	<input style="width: 100%; border: none; border-bottom: 1px solid black; border-top: 1px solid black; border-left: none; border-right: none; text-align: right; font-family: monospace; font-size: 0.8em;" type="text"/> zł gr
05. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne	<input style="width: 100%; border: none; border-bottom: 1px solid black; border-top: 1px solid black; border-left: none; border-right: none; text-align: right; font-family: monospace; font-size: 0.8em;" type="text"/> zł gr
06. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe	<input type="checkbox"/>

XI. FORMA OPODATKOWANIA OBOWIĄZUJĄCA W DANYM MIESIĄCU ORAZ PRZYCHÓD I DOCHÓD Z DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ DLA CELÓW WYLICZENIA SKŁADKI MIESIĘCZNEJ NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

<input type="checkbox"/> 01. Forma opodatkowania: zasady ogólne - podatek według skali 02. Kwota dochodu uzyskanego w miesiącu bezpośrednio poprzedzającym miesiąc, za który dokonywane jest rozliczenie	03. Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne	04. Kwota należnej składki
<input style="width: 100%; border: none; border-bottom: 1px solid black; border-top: 1px solid black; border-left: none; border-right: none; text-align: right; font-family: monospace; font-size: 0.8em;" type="text"/> zł gr	<input style="width: 100%; border: none; border-bottom: 1px solid black; border-top: 1px solid black; border-left: none; border-right: none; text-align: right; font-family: monospace; font-size: 0.8em;" type="text"/> zł gr	<input style="width: 100%; border: none; border-bottom: 1px solid black; border-top: 1px solid black; border-left: none; border-right: none; text-align: right; font-family: monospace; font-size: 0.8em;" type="text"/> zł gr
<input type="checkbox"/> 05. Forma opodatkowania: zasady ogólne - podatek liniowy 06. Kwota dochodu uzyskanego w miesiącu bezpośrednio poprzedzającym miesiąc, za który dokonywane jest rozliczenie	07. Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne	08. Kwota należnej składki
<input style="width: 100%; border: none; border-bottom: 1px solid black; border-top: 1px solid black; border-left: none; border-right: none; text-align: right; font-family: monospace; font-size: 0.8em;" type="text"/> zł gr	<input style="width: 100%; border: none; border-bottom: 1px solid black; border-top: 1px solid black; border-left: none; border-right: none; text-align: right; font-family: monospace; font-size: 0.8em;" type="text"/> zł gr	<input style="width: 100%; border: none; border-bottom: 1px solid black; border-top: 1px solid black; border-left: none; border-right: none; text-align: right; font-family: monospace; font-size: 0.8em;" type="text"/> zł gr
<input checked="" type="checkbox"/> 09. Forma opodatkowania: karta podatkowa 10. Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne	11. Kwota należnej składki	
<input style="width: 100%; border: none; border-bottom: 1px solid black; border-top: 1px solid black; border-left: none; border-right: none; text-align: right; font-family: monospace; font-size: 0.8em;" type="text"/> zł gr	<input style="width: 100%; border: none; border-bottom: 1px solid black; border-top: 1px solid black; border-left: none; border-right: none; text-align: right; font-family: monospace; font-size: 0.8em;" type="text"/> zł gr	

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS DRA	strona: 3	DEKLARACJA ROZLICZENIOWA
-----------------------------------	----------------	------------------	---------------------------------

12. Forma opodatkowania: ryczałt od przychodów ewidencjonowanych

13. Suma przychodów w bieżącym roku kalendarzowym ⁹⁾

zł	gr
----	----

14. Deklaracja opłacania składek na podstawie przychodów uzyskanych w poprzednim roku kalendarzowym (zaznacz X, jeśli chcesz ustalać składkę na ubezpieczenie zdrowotne na podstawie przychodów uzyskanych w poprzednim roku kalendarzowym)

15. Kwota przychodów z działalności gospodarczej uzyskanych w ubiegłym roku kalendarzowym ¹⁰⁾ (podaj w przypadku zaznaczenia p. 14)

zł	gr
----	----

16. Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne

zł	gr
----	----

17. Kwota należnej składki

zł	gr
----	----

18. Bez formy opodatkowania

19. Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne

zł	gr
----	----

20. Kwota należnej składki

zł	gr
----	----

XII. ROCZNE ROZLICZENIE SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE ¹¹⁾

01. Rozliczenie składki zdrowotnej za rok

zł	gr
----	----

02. Zmiana formy opodatkowania od stycznia 2022 roku ¹²⁾

03. Zmiana formy opodatkowania od lipca 2022 roku ¹³⁾

04. Forma opodatkowania: zasady ogólne – podatek według skali

05. Kwota dochodu osiągniętego z działalności gospodarczej w roku, którego dotyczy roczne rozliczenie

zł	gr
----	----

06. Kwota należnego podatku za rok, za który dokonywane jest roczne rozliczenie ¹⁴⁾

zł	gr
----	----

07. Roczna podstawa wymiaru składki

zł	gr
----	----

08. Roczna składka

zł	gr
----	----

09. Suma miesięcznych należnych składek wynikająca ze złożonych dokumentów za rok, którego dotyczy roczne rozliczenie

zł	gr
----	----

10. Kwota do dopłaty (p. 08 – p. 09) ¹⁵⁾

zł	gr
----	----

11. Kwota do zwrotu (p. 09 – p. 08) ¹⁶⁾

zł	gr
----	----

12. Forma opodatkowania: zasady ogólne – podatek liniowy

13. Kwota dochodu osiągniętego z działalności gospodarczej w roku, którego dotyczy roczne rozliczenie

zł	gr
----	----

14. Roczna podstawa wymiaru składki

zł	gr
----	----

15. Roczna składka

zł	gr
----	----

16. Suma miesięcznych należnych składek wynikająca ze złożonych dokumentów za rok, którego dotyczy roczne rozliczenie

zł	gr
----	----

17. Kwota do dopłaty (p. 15 – p. 16) ¹⁵⁾

zł	gr
----	----

18. Kwota do zwrotu (p. 16 – p. 15) ¹⁶⁾

zł	gr
----	----

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS DRA	strona: 4	DEKLARACJA ROZLICZENIOWA
-----------------------------------	---------	-----------	--------------------------

19. Forma opodatkowania, ryczałt od przychodów ewidencjonowanych

20. Kwota przychodów osiągniętych z działalności gospodarczej w roku, którego dotyczy roczne rozliczenie

21. Roczna podstawa wymiaru składki

22. Roczna składka

23. Suma miesięcznych należnych składek wynikająca ze złożonych dokumentów za rok, którego dotyczy roczne rozliczenie

24. Kwota do dopłaty (p. 22 – p. 23) ¹⁵⁾

25. Kwota do zwrotu (p. 23 – p. 22) ¹⁶⁾

ŁĄCZNA KWOTA DO DOPLATY ALBO DO ZWROTU Z ROZLICZENIA ROCZNEGO ¹⁷⁾

26. Łączna kwota do dopłaty

27. Łączna kwota do zwrotu

XIII. 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

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 2022 r. poz. 479, z późn. zm.)

XIV. 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⁾ Pole wypełniasz, tylko gdy korzystasz ze zwolnienia z obowiązku opłacania składek na ubezpieczenie chorobowe, na mocy ustawy z dnia 9 maja 2024 r. o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2024 r. poz. 863).

⁴⁾ W polu należy wykazać wypłacaną za okres od stycznia 2016 r. kwotę podwyższenia zasiłku macierzyńskiego do wysokości kwoty świadczenia rodzicielskiego finansowanego z funduszu chorobowego.

⁵⁾ W polu tym należy także wykazać kwotę składek finansowanych z budżetu państwa, jeżeli dotację otrzymuje płatnik składek.

⁶⁾ Za okres od 1 kwietnia 2003 r. płatnik składek nie ma prawa do wynagrodzenia za rozliczenie składek na ubezpieczenie zdrowotne.

⁷⁾ Za okres od stycznia 2019 r. kwotę należnych składek stanowi suma stóp procentowych na Fundusz Pracy i Solidarnościowy Fundusz Wsparcia Osób Niepełnosprawnych, a od stycznia 2020 r. na Fundusz Pracy i Fundusz Solidarnościowy.

⁸⁾ Kwota nadpłaty, zgodnie z art. 24 ust. 6a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 497, 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.

⁹⁾ Kwota przychodów osiągniętych od początku roku kalendarzowego do końca miesiąca, za który dokonywane jest rozliczenie.

¹⁰⁾ Kwota rocznych przychodów w rozumieniu art. 81 ust. 2h ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.).

¹¹⁾ Roczne rozliczenie składki na ubezpieczenie zdrowotne dokonujesz począwszy od 1 maja 2023 r.

¹²⁾ Zmiana formy opodatkowania na podstawie art. 14–15 ustawy z dnia 9 czerwca 2022 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2022 r. poz. 1265, z późn. zm.).

¹³⁾ Zmiana formy opodatkowania na podstawie art. 17 ustawy z dnia 9 czerwca 2022 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz niektórych innych ustaw.

¹⁴⁾ Pole wypełniasz wyłącznie w sytuacji, gdy w roku, którego dotyczy roczne rozliczenie, stosowałeś obniżenie składki na ubezpieczenie zdrowotne do wysokości zaliczki na podatek zgodnie z art. 82 ust. 10 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

¹⁵⁾ Wypełnij, jeśli składka roczna jest większa od sumy miesięcznych należnych składek wynikających ze złożonych dokumentów za rok, którego dotyczy roczne rozliczenie.

¹⁶⁾ Wypełnij, jeśli składka roczna jest mniejsza od sumy miesięcznych należnych składek wynikających ze złożonych dokumentów za rok, którego dotyczy roczne rozliczenie.

¹⁷⁾ Podajesz wyłącznie jedną kwotę: do dopłaty (p. 26) albo do zwrotu (p. 27). Jeśli w roku, który rozliczasz, stosowałeś jedną formę opodatkowania, wpisz ustaloną dla niej kwotę dopłaty albo zwrotu. Jeśli stosowałeś kilka form opodatkowania (skala podatkowa, podatek liniowy, ryczałt od przychodów ewidencjonowanych), wpisz ustaloną dla nich różnicę kwot dopłat i zwrotu.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH strona 1 INFORMACJA MIESIĘCZNA DLA OSOBY UBEZPIECZONEJ

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP
 02. Numer REGON
 03. Numer PESEL¹⁾
 04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisz 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	06.	07.	
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:			
ubezpieczonych	08.	09.	10.
płatnika składek	12.	13.	14.
budżet państwa	16.	17.	18.
PFRON ²⁾	20.	21.	22.
Fundusz Kościelny	24.	25.	26.
27.			

28. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego
 29. Kwota wpłaty w ramach pracowniczego planu kapitałowego finansowana przez płatnika składek
 30. Łączna kwota składek (suma od p.08 do p.27)

III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

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

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

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	strona: 2	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 CHOROBOWEGO, MACIERZYŃSKIEGO, OPIEKUNCZEGO, 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 CHOROBOWEGO, MACIERZYŃSKIEGO, OPIEKUNCZEGO, 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 NAUCZYCIELSKIEJ ⁴⁾

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

III. J. OKRESY WYKONYWANIA PRACY NAUCZYCIELSKIEJ – KARTA NAUCZYCIELA ⁵⁾

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

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, jeżeli 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).

⁵⁾ Okres wykonywania pracy nauczycielskiej w placówkach, o których mowa w art. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta nauczyciela (Dz.U. z 2023 r. poz. 984, z późn. zm.).

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH strona: 1 **INFORMACJA ROCZNA DLA OSOBY UBEZPIECZONEJ**

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer/rrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP 02. Numer REGON

03. Numer PESEL ¹⁾ 04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisz 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 / rrr)

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBOWE
WYPADKOWE			
05. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
06. SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ubezpieczonych	08. <input type="text"/>	09. <input type="text"/>	10. <input type="text"/>
platnika składek	12. <input type="text"/>	13. <input type="text"/>	14. <input type="text"/>
budżetu państwa	16. <input type="text"/>	17. <input type="text"/>	18. <input type="text"/>
PFRON ²⁾	20. <input type="text"/>	21. <input type="text"/>	22. <input type="text"/>
Fundusz Kościelny	24. <input type="text"/>	25. <input type="text"/>	26. <input type="text"/>
27. <input type="text"/>			
28. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składki w ramach pracowniczego programu emerytalnego	<input type="text"/>	30. Łączna kwota składek (suma od p.08 do p.27) <input type="text"/>	
29. Kwota wpłaty w ramach pracowniczego planu kapitałowego finansowana przez platnika składek	<input type="text"/>		

III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Podstawa wymiaru składki

02. Kwota należnej składki finansowanej przez platnika składek ³⁾

03. Kwota należnej składki finansowanej przez ubezpieczonego

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

05. Kwota należnej składki finansowanej przez Fundusz Kościelny

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 / rrr) -

03. Liczba dni zasiłkowych / wypłat 04. Kwota

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH strona: 2 INFORMACJA ROCZNA 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 CHOROBOWEGO, MACIERZYŃSKIEGO, OPIEKUŃCZEGO, 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 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

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

III. I. OKRESY WYKONYWANIA PRACY NAUCZYCIELSKIEJ ⁴⁾

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

III. J. OKRESY WYKONYWANIA PRACY NAUCZYCIELSKIEJ – KARTA NAUCZYCIELA ⁵⁾

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

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 pieczęć adresowa płatnika składek

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 raporcie za ten okres, złożonym nie później niż w dniu 30 czerwca 2008 r.
³⁾ W polu tym należy także wykazać kwotę składki finansowaną z budżetu państwa, jeżeli 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. 126).
⁵⁾ Okres wykonywania pracy nauczycielskiej w placówkach, o których mowa w art. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta nauczyciela (Dz.U. z 2023 r. poz. 964, z późn. zm.).

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS RIA	strona: 1	RAPORT INFORMACYJNY
---	----------------	-----------	----------------------------

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Dokument przekazany pierwszorazowo (wpisać - 1) / korekta (wpisać - 2)

02. Data nadania (dd / mm / rrrr)

03. Nalepka „R”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGION

03. Numer PESEL

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

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

IV. ROZWIĄZANIE / WYGAŚNIĘCIE OSTATNIEGO STOSUNKU PRACY / STOSUNKU SŁUŻBOWEGO

01. Data (dd / mm / rrrr)

02. Kod wygaśnięcia / kod trybu rozwiązania stosunku pracy / stosunku służbowego

03. Kod podstawy prawnej rozwiązania / wygaśnięcia stosunku pracy / stosunku służbowego

04. Jeśli w polu 03 podałeś kod 550 – woisz: podstawie prawna rozwiązania / wygaśnięcia stosunku pracy / stosunku służbowego

05. Strona z inicjały, której nastąpiło rozwiązanie stosunku pracy: jeśli PRACOWNIK wpisz 1, jeśli PRACODAWCA - 2

V. KWOTA PRZYCHODU NALEŻNEGO ZA INNY ROK KALENDARZOWY NIŻ ROK, W KTÓRYM ZOSTAŁ WYPŁACONY, A PRZYCHÓD TEN STANOWI PODSTAWĘ WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE - ZA OKRES OD 1.01.1999 r. DO 31.12.2018 r.

01. Rok wypłaty <input type="text"/>	02. Przychód za rok <input type="text"/>	03. Kwota <input type="text"/>
04. Rok wypłaty <input type="text"/>	05. Przychód za rok <input type="text"/>	06. Kwota <input type="text"/>
07. Rok wypłaty <input type="text"/>	08. Przychód za rok <input type="text"/>	09. Kwota <input type="text"/>
10. Rok wypłaty <input type="text"/>	11. Przychód za rok <input type="text"/>	12. Kwota <input type="text"/>
13. Rok wypłaty <input type="text"/>	14. Przychód za rok <input type="text"/>	15. Kwota <input type="text"/>
16. Rok wypłaty <input type="text"/>	17. Przychód za rok <input type="text"/>	18. Kwota <input type="text"/>
19. Rok wypłaty <input type="text"/>	20. Przychód za rok <input type="text"/>	21. Kwota <input type="text"/>
22. Rok wypłaty <input type="text"/>	23. Przychód za rok <input type="text"/>	24. Kwota <input type="text"/>
25. Rok wypłaty <input type="text"/>	26. Przychód za rok <input type="text"/>	27. Kwota <input type="text"/>
28. Rok wypłaty <input type="text"/>	29. Przychód za rok <input type="text"/>	30. Kwota <input type="text"/>
31. Rok wypłaty <input type="text"/>	32. Przychód za rok <input type="text"/>	33. Kwota <input type="text"/>
34. Rok wypłaty <input type="text"/>	35. Przychód za rok <input type="text"/>	36. Kwota <input type="text"/>
37. Rok wypłaty <input type="text"/>	38. Przychód za rok <input type="text"/>	39. Kwota <input type="text"/>
40. Rok wypłaty <input type="text"/>	41. Przychód za rok <input type="text"/>	42. Kwota <input type="text"/>
43. Rok wypłaty <input type="text"/>	44. Przychód za rok <input type="text"/>	45. Kwota <input type="text"/>

DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS RIA	strona: 4	RAPORT INFORMACYJNY
-----------------------------------	----------------	-----------	----------------------------

09. Okres od (dd / mm / rrrr) <input type="text"/> - <input type="text"/> 	10. Okres do (dd / mm / rrrr) <input type="text"/> - <input type="text"/> 	11. Wymiar zajęć <input type="text"/> / <input type="text"/>
12. Praca w szkolnictwie specjalnym, o której mowa w art. 88 Karty Nauczyciela – jeśli TAK, wpisz X <input type="checkbox"/>		
13. Okres od (dd / mm / rrrr) <input type="text"/> - <input type="text"/> 	14. Okres do (dd / mm / rrrr) <input type="text"/> - <input type="text"/> 	15. Wymiar zajęć <input type="text"/> / <input type="text"/>
16. Praca w szkolnictwie specjalnym, o której mowa w art. 88 Karty Nauczyciela – jeśli TAK, wpisz X <input type="checkbox"/>		

X. OKRESY WYKONYWANIA PRACY W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH LUB W SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE, O KTÓREJ MOWA W ART. 32 USTAWY Z DNIA 17 GRUDNIA 1998 r. O EMERYTURACH I RENTACH Z FUNDUSZU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH (Dz.U. z 2023 r. poz. 1251, z późn. zm.) – OD 1.01.1998 r. DO 31.12.2008 r.

01 Pracodawca od dnia powstania posiada status podmiotu prywatnego i nie ma obowiązku stosowania wykazów stanowisk pracy w szczególnych warunkach stanowiący załącznik do zarządzeń i uchwał resortowych – jeśli TAK, wpisz X

02. Okres od (dd / mm / rrrr) <input type="text"/> - <input type="text"/> 	03. Okres do (dd / mm / rrrr) <input type="text"/> - <input type="text"/> 	04. Praca wykonywana była stale i w pełnym wymiarze czasu pracy – jeśli TAK, wpisz X <input type="checkbox"/>
---	---	---

05. Wymiar czasu pracy (podaj, jeśli nie wypełniłeś pola 04) /

06. Kod pracy w szczególnym charakterze

07. Kod pracy w szczególnych warunkach

08. Jeśli w kodzie w p. 07 podałeś wykaz A, dział XIV, poz. 24 lub 25 – podaj dodatkowo nazwę stanowiska pracy, na którym pracownik świadczył pracę stale i bezpośrednio przy stanowiskach pracy w szczególnych warunkach wymienionych w wykazie A

09. Zmieniona nazwa stanowiska, na którym wykonywana praca odpowiada ściśle pracy z wykazu prac w szczególnych warunkach, którą podałeś w kodzie w p. 07 (podaj jeśli dotyczy)

10. Kod pracy w szczególnych warunkach

11. Jeśli w kodzie w p. 10 podałeś wykaz A, dział XIV, poz. 24 lub 25 – podaj dodatkowo nazwę stanowiska pracy, na którym pracownik świadczył pracę stale i bezpośrednio przy stanowiskach pracy w szczególnych warunkach wymienionych w wykazie A

12. Zmieniona nazwa stanowiska, na którym wykonywana praca odpowiada ściśle pracy z wykazu prac w szczególnych warunkach, którą podałeś w kodzie w p. 10 (podaj jeśli dotyczy)

13. W okresie zatrudnienia na kolei przysługiwał deputat węglowy (ekwiwalent pieniężny) – jeśli TAK, wpisz X

14. Zatrudnienie na kolei na stanowiskach nieobjętych wykazami stanowisk pracy w szczególnych warunkach, stanowiącymi załącznik do zarządzeń i uchwał resortowych – jeśli TAK, wpisz X

15. Okres od (dd / mm / rrrr) <input type="text"/> - <input type="text"/> 	16. Okres do (dd / mm / rrrr) <input type="text"/> - <input type="text"/> 	17. Praca wykonywana była stale i w pełnym wymiarze czasu pracy – jeśli TAK, wpisz X <input type="checkbox"/>
---	---	---

18. Wymiar czasu pracy (podaj, jeśli nie wypełniłeś pola 17) /

19. Kod pracy w szczególnym charakterze

20. Kod pracy w szczególnych warunkach

21. Jeśli w kodzie w p. 20 podałeś wykaz A, dział XIV, poz. 24 lub 25 – podaj dodatkowo nazwę stanowiska pracy, na którym pracownik świadczył pracę stale i bezpośrednio przy stanowiskach pracy w szczególnych warunkach wymienionych w wykazie A

22. Zmieniona nazwa stanowiska, na którym wykonywana praca odpowiada ściśle pracy z wykazu prac w szczególnych warunkach, którą podałeś w kodzie w p. 20 (podaj jeśli dotyczy)

23. Kod pracy w szczególnych warunkach

24. Jeśli w kodzie w p. 23 podałeś wykaz A, dział XIV, poz. 24 lub 25 – podaj dodatkowo nazwę stanowiska pracy, na którym pracownik świadczył pracę stale i bezpośrednio przy stanowiskach pracy w szczególnych warunkach wymienionych w wykazie A

DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS RIA	strona 5	RAPORT INFORMACYJNY
-----------------------------------	---------	----------	---------------------

DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

25. Zmieniona nazwa stanowiska, na którym wykonywana praca odpowiada ściśle pracy z wykazu prac w szczególnych warunkach, którą podałeś w kodzie w p. 23 (podaj jeśli dotyczy)

26. W okresie zatrudnienia na kolei przysługiwał deputat węglowy (ekwiwalent pieniężny) – jeśli TAK, wpisz X

27. Zatrudnienie na kolei na stanowiskach nieobjętych wykazami stanowisk pracy w szczególnych warunkach, stanowiącymi załącznik do zarządzeń i uchwał resortowych – jeśli TAK, wpisz X

XI. OKRESY WYKONYWANIA PRACY W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH LUB O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE, O KTÓREJ MOWA W ART. 3 UST. 1 I 3 USTAWY Z DNIA 19 GRUDNIA 2008 r. O EMERYTURACH POMOSTOWYCH (Dz.U. z 2023 r. poz. 164, z późn. zm.) – DD 1.01.1999 r. DO 31.12.2008 r.

01. Kod pracy w szczególnych warunkach/ o szczególnym charakterze	02. Okres od (dd / mm / rrrr)	03. Okres do (dd / mm / rrrr)	04. Wymiar czasu pracy
_____	_____	_____	_____ / _____

05. Kod pracy w szczególnych warunkach/ o szczególnym charakterze	06. Okres od (dd / mm / rrrr)	07. Okres do (dd / mm / rrrr)	08. Wymiar czasu pracy
_____	_____	_____	_____ / _____

XII. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

02. Podpis płatnika składek lub osoby upoważnionej

03. Pieczęćka płatnika składek

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