

1457**ROZPORZĄDZENIE MINISTRA GOSPODARKI, PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ¹⁾**

z dnia 6 sierpnia 2003 r.

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

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

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 4 grudnia 1998 r. w sprawie określenia wzorów zgłoszeń do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego, imiennych raportów miesięcznych i imiennych raportów miesięcznych korygujących, zgłoszeń płatnika, deklaracji rozliczeniowych i deklaracji rozliczeniowych korygujących oraz innych dokumentów (Dz. U. Nr 149, poz. 982 oraz z 2002 r. Nr 120, poz. 1027) wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 1:

a) w ust. 1:

— pkt 6 i 7 otrzymują brzmienie:

„6) wyrejestrowanie z ubezpieczeń — o symbolu ZUS ZWUA, stanowiące załącznik nr 6 do rozporządzenia,

7) imienny raport miesięczny o należnych składkach i wypłaconych świadczeniach — o symbolu ZUS RCA, stanowiący załącznik nr 7 do rozporządzenia,”

— uchyla się pkt 8 i 11,

b) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Dla imiennych raportów miesięcznych korygujących ustala się odpowiednio te same wzory, o których mowa w ust. 1 pkt 7, 9, 10 i 12.”;

2) § 2 otrzymuje brzmienie:

„§ 2. 1. Dokumenty, o których mowa w § 1, są wypełniane przy użyciu kodów, których wykaz jest zawarty w instrukcji udostępnionej w formie papierowej w terenowych jed-

nostkach organizacyjnych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz na stronach internetowych Zakładu.

2. Wykaz kodów, o których mowa w ust. 1, określony jest w załączniku nr 20 do rozporządzenia.”;

3) po § 2 dodaje się § 2a w brzmieniu:

„§ 2a. Dla dokumentów, o których mowa w § 1 ust. 1 pkt 1—6 i 13—18, określa się kolor pantone nr 224, pkt 7, 9, 10 — kolor pantone nr 158, pkt 19 — kolor pantone nr 172 oraz pkt 12 — kolor pantone nr 340.”;

4) załączniki nr 1—4 do rozporządzenia otrzymują brzmienie określone w załącznikach nr 1—4 do niniejszego rozporządzenia;

5) załączniki nr 6 i 7 do rozporządzenia otrzymują brzmienie określone w załącznikach nr 5 i 6 do niniejszego rozporządzenia;

6) uchyla się załączniki nr 8 i 11 do rozporządzenia;

7) załączniki nr 12—14 do rozporządzenia otrzymują brzmienie określone w załącznikach nr 7—9 do niniejszego rozporządzenia;

8) załączniki nr 17—19 do rozporządzenia otrzymują brzmienie określone w załącznikach nr 10—12 do niniejszego rozporządzenia;

9) załącznik nr 20 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 13 do niniejszego rozporządzenia.

§ 2. 1. W przypadku przekazywania dokumentów w formie dokumentu pisemnego według ustalonego wzoru, można używać do czasu wyczerpania zapasów dokumentów o symbolach ZUS ZUA, ZUS ZCZA, ZUS ZCNA, ZUS ZZA, ZUS ZWUA, ZUS RCA, ZUS RMUA, ZUS ZPA, ZUS ZFA, ZUS ZBA, ZUS ZAA i ZUS DRA stanowiące odpowiednio załączniki nr 1—4, 6—7, 12—14 i 17—19 do rozporządzenia wymienionego w § 1 w brzmieniu dotychczasowym.

2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, nie wpisuje się:

1) w dokumencie o symbolu ZUS ZUA informacji o:

a) posiadaniu przez cudzoziemca karty pobytu wydanej w związku z udzieleniem statusu uchodźcy,

b) okresie, na jaki został orzeczonej stopień niepełnosprawności,

¹⁾ Minister Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej kieruje działem administracji rządowej — zabezpieczenie społeczne, na podstawie § 1 ust. 2 pkt 5 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 7 stycznia 2003 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej (Dz. U. Nr 1, poz. 5).

²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1998 r. Nr 162, poz. 1118 i 1126, z 1999 r. Nr 26, poz. 228, Nr 60, poz. 636, Nr 72, poz. 802, Nr 78, poz. 875 i Nr 110, poz. 1256, z 2000 r. Nr 9, poz. 118, Nr 95, poz. 1041, Nr 104, poz. 1104 i Nr 119, poz. 1249, z 2001 r. Nr 8, poz. 64, Nr 27, poz. 298, Nr 39, poz. 459, Nr 72, poz. 748, Nr 100, poz. 1080, Nr 110, poz. 1189, Nr 111, poz. 1194, Nr 130, poz. 1452 i Nr 154, poz. 1792, z 2002 r. Nr 25, poz. 253, Nr 41, poz. 365, Nr 74, poz. 676, Nr 155, poz. 1287, Nr 169, poz. 1387, Nr 199, poz. 1673, Nr 200, poz. 1679 i Nr 241, poz. 2074 oraz z 2003 r. Nr 56, poz. 498, Nr 65, poz. 595 i Nr 135, poz. 1268.

- c) wymiarze czasu pracy,
 - d) kwocie pierwszej składki na ubezpieczenie zdrowotne,
 - e) pokrewieństwie z pracodawcą, zleceniodawcą, osobą prowadzącą pozarolniczą działalność,
 - f) pozostawaniu we wspólnym gospodarstwie z pracodawcą, zleceniodawcą, osobą prowadzącą pozarolniczą działalność,
 - g) kodzie stopnia niezdolności do pracy,
 - h) okresie, na jaki orzeczono stopień niezdolności do pracy,
 - i) kodzie stanowiska pracy górniczej,
 - j) okresie pracy górniczej,
 - k) kodzie wykształcenia,
 - l) kodzie wykonywanego zawodu, jeżeli praca nie jest wykonywana w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze;
- 2) w dokumencie o symbolu ZUS ZZA informacji o:
- a) posiadaniu przez cudzoziemca karty pobytu wydanej w związku z udzieleniem statusu uchodźcy,
 - b) kwocie pierwszej składki na ubezpieczenie zdrowotne;
- 3) w dokumencie o symbolu ZUS ZWUA informacji dotyczących wniosku o kontynuowanie ubezpieczeń;
- 4) w dokumentach o symbolach ZUS ZCZA i ZUS ZCNA informacji o pozostawaniu na wyłącznym utrzymaniu ubezpieczonego;
- 5) w dokumentach o symbolach ZUS ZPA i ZUS ZFA informacji o:
- a) dacie rozpoczęcia wykonywania działalności,
 - b) statusie zakładu pracy chronionej lub aktywizacji zawodowej,
 - c) dacie otrzymania statusu zakładu pracy chronionej lub aktywizacji zawodowej,
 - d) dacie utraty statusu zakładu pracy chronionej lub aktywizacji zawodowej,
 - e) adresie poczty elektronicznej;
- 6) w dokumencie o symbolu ZUS DRA informacji o:
- a) koniecznych dopłatach z tytułu korekty należności,
 - b) liczbie kartek raportu ZUS RNA i ZUS RGA,
 - c) identyfikatorze deklaracji, do której były dołączone raporty.

3. Nie koryguje się danych przekazanych w dokumentach, o których mowa w ust. 1, oraz w dokumencie o symbolu ZUS RGA, stanowiącym załącznik nr 11 do rozporządzenia wymienionego w § 1 w brzmieniu dotychczasowym, których zgodnie z przepisami o syste-

mie ubezpieczeń społecznych nie ma obowiązku przekazywania od dnia 1 stycznia 2003 r.

4. Dane przekazane w dokumencie o symbolu ZUS RGA koryguje się przy użyciu dokumentu o symbolu ZUS RSA, stanowiącego załącznik nr 10 do rozporządzenia wymienionego w § 1.

5. Dane przekazane w dokumencie o symbolu ZUS RNA koryguje się przy użyciu dokumentu o symbolu ZUS RCA, stanowiącego załącznik nr 7 do rozporządzenia wymienionego w § 1.

§ 3. 1. Dokumenty przekazywane do dnia 30 września 2003 r. wypełnia się przy użyciu kodów określonych w rozporządzeniu, o którym mowa w § 1, w brzmieniu obowiązującym do dnia 30 września 2003 r., z tym że kodów określonych w części VI w lit. B i w częściach XVI—XX nie używa się.

2. Dokumenty dotyczące okresu do dnia 30 września 2003 r., przekazywane po tym dniu, wypełnia się przy użyciu kodów określonych w rozporządzeniu, o którym mowa w § 1, w brzmieniu obowiązującym do dnia 30 września 2003 r.

3. Kody określone w załączniku nr 13 do rozporządzenia stosuje się do wypełniania dokumentów dotyczących okresu od dnia 1 października 2003 r.

4. Kod tytułu ubezpieczenia „25 10 — emeryt lub rencista, którego składka na ubezpieczenie zdrowotne jest finansowana z budżetu państwa”, określony w części I w dziale 1 załącznika nr 13 do rozporządzenia, stosuje się do wypełniania dokumentów dotyczących okresu od dnia 1 października 2001 r.

5. Kody oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia, określone w części VI załącznika nr 13 do rozporządzenia, stosuje się do wypełniania dokumentów przekazywanych od dnia 1 kwietnia 2003 r.

6. W przypadku ubezpieczonych niewyrejestrowanych z ubezpieczeń przed dniem 1 października 2003 r., których kod tytułu ubezpieczenia uległ zmianie, należy złożyć dokument o symbolu ZUS ZWUA, podając jako datę wyrejestrowania z ubezpieczeń dzień 1 października 2003 r. i dotychczasowy kod tytułu ubezpieczenia oraz dokument o symbolu odpowiednio ZUS ZUA lub ZUS ZZA, podając jako datę powstania obowiązku ubezpieczeń dzień 1 października 2003 r. i nowy kod tytułu ubezpieczenia.

7. W przypadku emerytów lub rencistów, których składka na ubezpieczenie zdrowotne jest finansowana z budżetu państwa, jako datę wyrejestrowania z ubezpieczeń i datę powstania obowiązku ubezpieczeń podaje się dzień 1 października 2001 r.

§ 4. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem ogłoszenia, z wyjątkiem § 1 pkt 9 w zakresie dotyczącym części I—V i VII—XIII załącznika nr 13 do rozporządzenia, który wchodzi w życie z dniem 1 października 2003 r.

Minister Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej:

J. Hausner

Załączniki do rozporządzenia Ministra Gospodarki,
Pracy i Polityki Społecznej z dnia 6 sierpnia 2003 r.
(poz. 1457)

Załącznik nr 1

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZUA	strona: 1	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ	
I. DANE ORGANIZACYJNE				
01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH I DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO ¹⁾		02. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH ¹⁾		03. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych) ²⁾
04. Data nadania (dd / mm / rrrr)		05. Nalepka "R"		
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK				
01. NIP (wpisać bez kresek)		02. REGON		
03. PESEL		04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2		05. Seria i numer dokumentu
06. Nazwa skrócona				
07. Nazwisko				
08. Imię pierwsze				09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)
III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ				
01. PESEL		02. NIP (wpisać bez kresek)		03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)
05. Nazwisko		04. Seria i numer dokumentu		
06. Imię pierwsze		07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)		
IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ				
01. Imię drugie				
02. Nazwisko rodowe				
03. Obywatelstwo				
05.				04. Płeć (wpisać: K - kobieta, M - mężczyzna)
06.				
V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA				
01. Kod tytułu ubezpieczenia ^{3) 4)}		02.		
VI. DANE O OBOWIĄZKOWYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH				
01.		02. Data powstania obowiązku ubezpieczeń (dd / mm / rrrr)		Osoba zgłaszana podlega ubezpieczeniom: (wpisać X w odpowiednim polu)
				03. Emerytalnemu <input type="checkbox"/>
				05. Chorobowemu <input type="checkbox"/>
				04. Rentowym <input type="checkbox"/>
				06. Wypadkowemu <input type="checkbox"/>
VII. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM				
01. Data powstania obowiązku ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)				
VIII. DANE O DOBROWOLNYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH				
Wnoszę o objęcie ubezpieczeniami: (wpisać X w odpowiednim polu)				
01. Emerytalnym <input type="checkbox"/>		03. Rentowymi <input type="checkbox"/>		05. Chorobowym <input type="checkbox"/>
02. Od dnia (dd / mm / rrrr)		04. Od dnia (dd / mm / rrrr)		06. Od dnia (dd / mm / rrrr)
IX. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM				
01. Data rozpoczęcia ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)		02.		
X. INNE DANE O OSOBE ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ				
01.		02.		
03.		04.		05. Kod wykonywanego zawodu ³⁾
06.		07.		08.

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

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

X. INNE DANE O OSOBE ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ c.d.

09. Kod pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze³⁾ 10. Okres pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze³⁾
(dd / mm / rrrr) (dd / mm / rrrr)

XI. DANE O ODDZIALE NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

01. Kod oddziału³⁾02.

03.

NFZ

XII. ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU

01. Kod pocztowy

02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu

06. Numer lokalu

07. Numer telefonu

08. Numer faksu

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

01. Kod pocztowy

02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu

06. Numer lokalu

07. Numer telefonu

08. Numer faksu

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

01. Kod pocztowy

02. Miejscowość

03. Ulica

04. Numer domu

05. Numer lokalu

06. Skrytka pocztowa

07. Numer telefonu

08. Numer faksu

09. Adres poczty elektronicznej

XV. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęćka płatnika

XVI. OŚWIADCZENIE OSOBY ZGŁASZANEJ / ZGŁOSZONEJ DO UBEZPIECZENIA

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

01. Podpis osoby zgłaszanej / zgłoszonej do ubezpieczenia

XVII. ADNOTACJE ZUS

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

Załącznik nr 2

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

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

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

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

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

01. Zgłoszenie nowego członka rodziny (wpisać - 1) /
wyrejestrowanie członka rodziny (wpisać - 2)

02. Data uzyskania / utraty uprawnień do ubezpieczenia
zdrowotnego przez członka rodziny (dd / mm / rrrr)

03. PESEL

04. NIP (wpisać bez kresek)

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

06. Seria i numer dokumentu

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

10. Kod stopnia pokrewieństwa / powinowactwa ¹⁾

11.

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

13. Kod stopnia niepełnosprawności ¹⁾

VI. DANE O CZŁONKU RODZINY
OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

01. Zgłoszenie nowego członka rodziny (wpisać - 1) /
wyrejestrowanie członka rodziny (wpisać - 2)

02. Data uzyskania / utraty uprawnień do ubezpieczenia
zdrowotnego przez członka rodziny (dd / mm / rrrr)

03. PESEL

04. NIP (wpisać bez kresek)

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

06. Seria i numer dokumentu

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

10. Kod stopnia pokrewieństwa / powinowactwa ¹⁾

11.

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

13. Kod stopnia niepełnosprawności ¹⁾

VII. DANE O CZŁONKU RODZINY
OSOBY UBEZPIECZONEJ

VIII. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęćka płatnika

IX. OŚWIADCZENIE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

01. Podpis osoby ubezpieczonej

X. ADNOTACJE ZUS

1) Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji.

Załącznik nr 3

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

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

I. DANE ORGANIZACYJNE

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

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

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

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PŁATNIKA SKŁADEK**III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ**

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

III. DANE
IDENTYFIKACYJNE
OSOBY UBEZPIECZONEJ**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 / rrr)		
03. PESEL	04. NIP (wpisać bez kresek)	05. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)	06. Seria i numer dokumentu
07. Nazwisko		08. Imię pierwsze	
09. Data urodzenia (dd / mm / rrr)			
10. Kod stopnia pokrewieństwa / powinowactwa ¹⁾	11.	12. Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną? Jeśli TAK, wpisać X.	
13. Kod stopnia niepełnosprawności ¹⁾			

IV. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ
UPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**IV. B. ADRES ZAMIESZKANIA (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres ubezpieczonego)**

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

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

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

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

01. Zgłoszenie nowego członka rodziny (wpisać - 1) / wyrejestrowanie członka rodziny (wpisać - 2)

02. Data uzyskania / utraty uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego przez członka rodziny (dd / mm / rrrr)

03. PESEL

04. NIP (wpisać bez kresek)

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

06. Seria i numer dokumentu

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

10. Kod stopnia pokrewieństwa / powinowactwa ¹⁾

11.

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

13. Kod stopnia niepełnosprawności ¹⁾

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

01. Kod pocztowy

02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu

06. Numer lokalu

07. Numer telefonu

08. Numer faksu

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(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęćka płatnika

VII. OŚWIADCZENIE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

01. Podpis osoby ubezpieczonej

VIII. ADNOTACJE ZUS

1) Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji.

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

Załącznik nr 4

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH		ZUS	ZZA	strona: 1	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH	
I. DANE ORGANIZACYJNE						
01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO ¹⁾			02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH ²⁾			
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)			04. Nalepka "R"			
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK						
01. NIP (wpisać bez kresek)			02. REGON			
03. PESEL			INNY NUMER		05. Seria i numer dokumentu	
06. Nazwa skrócona			04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2			
07. Nazwisko						
08. Imię pierwsze			09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)			
III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA						
01. PESEL			02. NIP (wpisać bez kresek)		03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)	
05. Nazwisko			04. Seria i numer dokumentu			
06. Imię pierwsze			07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)			
IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA						
01. Imię drugie						
02. Nazwisko rodowe						
03. Obywatelstwo						
04. Płeć (wpisać: K - kobieta, M - mężczyzna)						
05.						
06.						
V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA						
01. Kod tytułu ubezpieczenia ^{3) 4)}						
VI. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM						
01. Data powstania obowiązku ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)						
VII. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM						
01. Data rozpoczęcia ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)						
02.						
VIII. DANE O ODDZIALE NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA						
01. Kod oddziału ⁵⁾						
NFZ						
03.						
IX. ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU						
01. Kod pocztowy			02. Miejscowość			
03. Gmina / Dzielnica						
04. Ulica						
05. Numer domu			06. Numer lokalu			
07. Numer telefonu			08. Numer faksu			

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

ZUS ZZA

strona: 2

ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO /
ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH

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

01. Kod pocztowy

02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu

06. Numer lokalu

07. Numer telefonu

08. Numer faksu

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

01. Kod pocztowy

02. Miejscowość

03. Ulica

04. Numer domu

05. Numer lokalu

06. Skrytka pocztowa

07. Numer telefonu

08. Numer faksu

09. Adres poczty elektronicznej

XII. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęćka płatnika

XIII. OŚWIADCZENIE OSOBY ZGŁASZANEJ / ZGŁOSZONEJ DO UBEZPIECZENIA

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

01. Podpis osoby zgłaszanej / zgłoszonej do ubezpieczenia

XIV. ADNOTACJE ZUS

1) Wpisać X w odpowiednim polu.

2) W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZIU.A.

3) Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji.

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

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZWUA	WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ
I. DANE ORGANIZACYJNE		
01. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH I UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO ¹⁾	02. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH ¹⁾	03. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO ¹⁾
04. ZGŁOSZENIE KOREKTY DANYCH O WYREJESTROWANIU Z UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH / UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO ¹⁾		
05. Data nadania (dd / mm / rrr)	06. Nalepka "R"	
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK		
01. NIP (wpisać bez kresek)	02. REGON	
03. PESEL	INNY NUMER	05. Seria i numer dokumentu
06. Nazwa skrócona	04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2	
07. Nazwisko		
08. Imię pierwsze	09. Data urodzenia (dd / mm / rrr)	
III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY WYREJESTROWYWANEJ Z UBEZPIECZEŃ		
01. PESEL	02. NIP (wpisać bez kresek)	03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)
05. Nazwisko	04. Seria i numer dokumentu	
06. Imię pierwsze	07. Data urodzenia (dd / mm / rrr)	
IV. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ		
01. Kod tytułu ubezpieczenia ²⁾	Rodzaje ubezpieczeń (wpisać X w odpowiednim polu)	Od dnia (dd / mm / rrr)
	Kod przyczyny wyrejestrowania ²⁾	
	02. Emerytalne	03.
	05. Rentowe	06.
	08. Chorobowe	09.
	11. Wypadkowe	12.
	14. Zdrowotne	15.
		16.
V.		
01.	02.	
VI. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK		
01. Data wypełnienia (dd / mm / rrr)		
Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.		
02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej		
03. Pieczęćka płatnika		
VII. OŚWIADCZENIE OSOBY WYREJESTROWYWANEJ Z UBEZPIECZEŃ		
Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.		
01. Podpis osoby wyrejestrowywanej z ubezpieczeń		
VIII. ADNOTACJE ZUS		

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

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

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

V. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

V. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko _____

02. Imię pierwsze _____

03. Typ¹⁾ 04. Identyfikator _____

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾	02. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe ¹⁾	03. Wymiar czasu pracy _____ / _____		
UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBY I WYPADKOWE	ZDROWOTNE
PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	04. _____	_____ zł, gr	05. _____	06. _____
KWOTA SKŁADKI FINANSOWANA PRZEZ:	07. Ubezpieczonego	08. Ubezpieczonego	09. Ubezpieczenie chorobowe	10. Ubezpieczenie zdrowotne
_____ zł, gr	_____ zł, gr	_____ zł, gr	_____ zł, gr	_____ zł, gr
11. Płatnika	12. Płatnika	_____ zł, gr	13. Ubezpieczenie wypadkowe	_____ zł, gr
_____ zł, gr	_____ zł, gr	_____ zł, gr	_____ zł, gr	_____ zł, gr
14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego _____ zł, gr			15. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13) _____ zł, gr	

V. C. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA

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

VI. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

VI. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko _____

02. Imię pierwsze _____

03. Typ¹⁾ 04. Identyfikator _____

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾	02. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe ¹⁾	03. Wymiar czasu pracy _____ / _____		
UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBY I WYPADKOWE	ZDROWOTNE
PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	04. _____	_____ zł, gr	05. _____	06. _____
KWOTA SKŁADKI FINANSOWANA PRZEZ:	07. Ubezpieczonego	08. Ubezpieczonego	09. Ubezpieczenie chorobowe	10. Ubezpieczenie zdrowotne
_____ zł, gr	_____ zł, gr	_____ zł, gr	_____ zł, gr	_____ zł, gr
11. Płatnika	12. Płatnika	_____ zł, gr	13. Ubezpieczenie wypadkowe	_____ zł, gr
_____ zł, gr	_____ zł, gr	_____ zł, gr	_____ zł, gr	_____ zł, gr
14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego _____ zł, gr			15. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13) _____ zł, gr	

VI. C. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA

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

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

VII. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

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

VIII. ADNOTACJE ZUS

1) Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji.

Załącznik nr 7

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

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

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

I. DANE ORGANIZACYJNE

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

II. DANE
IDENTYFIKACYJNE
PLATNIKA SKŁADEK

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

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

III. DANE EWIDENCYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Nazwa / Firma (zgodnie z aktem prawnym konstytuującym podmiot)

02. Czy płatnik jest jednostką budżetową w rozumieniu ustawy z dnia 26.11.1998r. o finansach publicznych? Jeśli TAK, wpisać X.		03. Czy płatnik jest zakładem budżetowym lub gospodarstwem pomocniczym w rozumieniu ustawy z dnia 26.11.1998r. o finansach publicznych? Jeśli TAK, wpisać X.
04. Nazwa organu założycielskiego		

<input type="checkbox"/> 05. Czy płatnik podlega wpisowi do rejestru / ewidencji? Jeśli TAK, wpisać X.	06. Data wpisu do rejestru / ewidencji (dd / mm / rrrr)	07. Numer wpisu do rejestru / ewidencji
--	---	---

08. Nazwa organu rejestrowego / ewidencyjnego		
---	--	--

09. Data powstania obowiązku opłacania składek (dd / mm / rrrr)		10.
---	--	-----

04. Nazwa organu rejestrowego / ewidencyjnego		
---	--	--

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
---	--	---

IV. DANE O RACHUNKU BANKOWYM PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer rachunku		
--------------------	--	--

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

V. INNE DANE O PLATNIKU SKŁADEK

01.	02.	03.
-----	-----	-----

<input type="checkbox"/> 04. Jeśli adres prowadzenia działalności gospodarczej jest inny niż adres siedziby, wpisać X i wypełnić formularz ZUS ZAA.		
---	--	--

VI. ADRES SIEDZIBY PLATNIKA SKŁADEK

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

03. Gmina / Dzielnica		
-----------------------	--	--

04. Ulica		
-----------	--	--

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

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

09.		
-----	--	--

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

ZUS

ZPA

strona: 2

ZGŁOSZENIE / ZMIANA DANYCH PLATNIKA SKŁADEK - OSOBY PRAWNEJ
LUB JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ NIEPOSIADAJĄCEJ OSOBOWOŚCI PRAWNEJ

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

01. Kod pocztowy

02. Miejscowość

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

03. Ulica

<input type="text"/>

04. Numer domu

05. Numer lokalu

06. Numer telefonu do teletransmisji

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

07. Skrytka pocztowa

08. Numer telefonu

09. Numer faksu

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

10.

<input type="text"/>

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

01. NIP (wpisać bez kresek)

02. REGON

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

03. Nazwa skrócona

<input type="text"/>

IX. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Liczba załączników
formularza ZUS ZBA

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

02. Liczba załączników
formularza ZUS ZAA

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

03. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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

04. Pieczętka imienna i podpis osoby upoważnionej

05. Pieczętka płatnika

X. ADNOTACJE ZUS

Załącznik nr 9

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

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

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

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

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

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

I. DANE ORGANIZACYJNE

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

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

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

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PLATNIKA SKŁADEK

III. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PLATNIKA

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

IV. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PLATNIKA

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

V. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PLATNIKA

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

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

ZUS ZAA

strona: 2

ADRESY PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ
PRZEZ PLATNIKA SKŁADEK

VI. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PLATNIKA

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

02. Kod pocztowy 03. Miejscowość

04. Gmina / Dzielnica

05. Ulica

06. Numer domu 07. Numer lokalu

08. Numer telefonu 09. Numer faksu

VII. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PLATNIKA

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

02. Kod pocztowy 03. Miejscowość

04. Gmina / Dzielnica

05. Ulica

06. Numer domu 07. Numer lokalu

08. Numer telefonu 09. Numer faksu

VIII. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PLATNIKA

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

02. Kod pocztowy 03. Miejscowość

04. Gmina / Dzielnica

05. Ulica

06. Numer domu 07. Numer lokalu

08. Numer telefonu 09. Numer faksu

IX. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęćka płatnika

X. ADNOTACJE ZUS

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH		ZUS DRA		strona: 1	DEKLARACJA ROZLICZENIOWA	
I. DANE ORGANIZACYJNE						
01. Termin przysyłania deklaracji i raportów ¹⁾		02. Identyfikator deklaracji (numer / mm / rrr) ¹⁾		05. Znak i numer decyzji pokontrolnej		
03. Data nadania (dd / mm / rrr)		04. Nalepka "R"				
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK						
01. NIP (wpisać bez kresek)			02. REGON			
03. PESEL		04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2		05. Seria i numer dokumentu		
06. Nazwa skrócona						
07. Nazwisko						
08. Imię pierwsze						09. Data urodzenia (dd / mm / rrr)
III. INNE INFORMACJE						
01. Liczba ubezpieczonych		02. Liczba pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy		03. Czy płatnik posiada status zakładu pracy chronionej / aktywności zawodowej? Jeśli TAK, wpisać X		04. Stopa procentowa składek na ubezpieczenie wypadkowe
IV. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE ORAZ ŹRÓDEŁ FINANSOWANIA						
SUMY SKŁADEK	01. Kwota składek na ubezpieczenie emerytalne		02. Kwota składek na ubezpieczenia rentowe		03. Suma kwot składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe (p. 01 + p. 02)	
	zł, gr		zł, gr		zł, gr	
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:	04. ubezpieczonych		05.		06. (p. 04 + p. 05)	
	zł, gr		zł, gr		zł, gr	
płatnika	07.		08.		09. (p. 07 + p. 08)	
	zł, gr		zł, gr		zł, gr	
budżet państwa	10.		11.		12. (p. 10 + p. 11)	
	zł, gr		zł, gr		zł, gr	
PFRON	13.		14.		15. (p. 13 + p. 14)	
	zł, gr		zł, gr		zł, gr	
Fundusz Kościelny	16.		17.		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. Suma kwot składek na ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe (p. 19 + p. 20)	
	zł, gr		zł, gr		zł, gr	
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:	22. ubezpieczonych		23.		24. (p. 22 + p. 23)	
	zł, gr		zł, gr		zł, gr	
płatnika	25.		26. (= p. 25)		zł, gr	
	zł, gr		zł, gr		zł, gr	
PFRON	27.		28.		29. (p. 27 + p. 28)	
	zł, gr		zł, gr		zł, gr	
Fundusz Kościelny	30.		31. (= p. 30)		zł, gr	
	zł, gr		zł, gr		zł, gr	
32. Kwota składek na ubezpieczenia społeczne, które powinien przekazać płatnik (p. 06 + p. 09 + p. 24 + p. 26)					zł, gr	
V. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ PODLEGAJĄCYCH ROZLICZENIU W CIĘŻAR SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE						
01. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego		zł, gr		03. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego		zł, gr
02. Kwota wynagrodzenia należnego płatnikowi od wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego		zł, gr		04. Kwota wypłaconych świadczeń finansowanych z budżetu państwa		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. 32)		zł, gr		02. Kwota do zapłaty przez płatnika: (p. IV. 32 - p.V. 05)		zł, gr

KODY WYKORZYSTYWANE PRZY WYPEŁNIANIU DOKUMENTÓW UBEZPIECZENIOWYCH

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 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
- 02 00 - osoba wykonująca pracę nakładczą
- 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 i praca jest wykonywana w siedzibie lub w miejscu prowadzenia działalności zleceniodawcy
- 04 12 - osoba wykonująca umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług i praca nie jest wykonywana w siedzibie lub w miejscu prowadzenia działalności zleceniodawcy
- 04 17 - osoba wykonująca umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług i praca jest wykonywana w siedzibie lub w miejscu prowadzenia działalności zleceniodawcy, z mocy przepisów szczególnych niepodlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu
- 04 18 - osoba wykonująca umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług i praca nie jest wykonywana w siedzibie lub w miejscu prowadzenia działalności zleceniodawcy, z mocy przepisów szczególnych niepodlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu
- 04 21 - osoba współpracująca z osobą wykonującą umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług i praca jest wykonywana w siedzibie lub w miejscu prowadzenia działalności zleceniodawcy
- 04 22 - osoba współpracująca z osobą wykonującą umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług i praca nie jest wykonywana w siedzibie lub w miejscu prowadzenia działalności zleceniodawcy
- 04 24 - osoba współpracująca z osobą wykonującą umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług i praca jest wykonywana w siedzibie lub w miejscu prowadzenia działalności zleceniodawcy, z mocy przepisów szczególnych niepodlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu
- 04 25 - osoba współpracująca z osobą wykonującą umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług i praca nie jest wykonywana w siedzibie lub w miejscu prowadzenia działalności zleceniodawcy, z mocy przepisów szczególnych niepodlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu
- 05 10 - osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą
- 05 11 - osoba współpracująca z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność
- 05 20 - twórca
- 05 30 - artysta
- 05 40 - osoba prowadząca 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 50 - absolwent prowadzący pozarolniczą działalność zwolniony z obowiązku opłacania składek na ubezpieczenie emerytalne
- 06 10 - poseł lub senator pobierający uposażenie
- 07 10 - stypendysta sportowy pobierający stypendium podlegający z tego tytułu ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym oraz ubezpieczeniu zdrowotnemu

- 07 20 - stypendysta sportowy pobierający stypendium podlegający z tego tytułu wyłącznie ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym
- 08 00 - osoba wykonująca odpłatnie pracę na podstawie skierowania do pracy, w czasie odbywania kary pozbawienia wolności lub tymczasowego aresztowania, jeśli nie podlega ubezpieczeniom z innego tytułu
- 09 10 - osoba bezrobotna pobierająca zasiłek dla bezrobotnych
- 09 11 - osoba bezrobotna niepobierająca zasiłku dla bezrobotnych
- 09 20 - absolwent pobierający stypendium w okresie skierowania przez powiatowy urząd pracy na szkolenie lub odbycie stażu
- 09 40 - osoba pobierająca zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne albo osoby niepobierające tych świadczeń z przyczyn określonych w odrębnych przepisach
- 10 10 - duchowny, nieprowadzący działalności gospodarczej, opłacający składkę od minimalnej podstawy wymiaru
- 10 11 - duchowny, nieprowadzący działalności gospodarczej, opłacający składkę od minimalnej podstawy oraz od zadeklarowanej nadwyżki ponad minimalną podstawę wymiaru
- 10 20 - duchowny, nieprowadzący działalności gospodarczej, będący członkiem zakonu kontemplacyjno-klauzurowego lub misjonarzem
- 10 40 - alumn seminarium duchownego, nowicjusz, postulanta, juniorysta przed ukończeniem 25. roku życia objęty dobrowolnie ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi
- 10 50 - alumn seminarium duchownego, nowicjusz, postulanta i juniorysta, podlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu
- 11 10 - żołnierz niezawodowy w służbie czynnej
- 11 11 - osoba odbywająca formy zastępcze służby wojskowej
- 11 12 - osoba odbywająca nadterminową zasadniczą służbę wojskową
- 11 13 - osoba odbywająca okresową służbę wojskową
- 11 14 - funkcjonariusz w służbie kandydackiej
- 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 Celnej
- 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
- 12 11 - osoba przebywająca na urlopie wychowawczym
- 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 10 - osoba, która z pomocy społecznej otrzymuje zasiłek stały
- 14 11 - osoba, która z pomocy społecznej otrzymuje gwarantowany zasiłek okresowy
- 14 20 - osoba, która z pomocy społecznej otrzymuje rentę socjalną
 - 14 21 - osoba, która z pomocy społecznej otrzymuje zasiłek stały wyrównawczy
- 14 22 - inny świadczeniobiorca, za którego ośrodek pomocy społecznej ma obowiązek opłacać składki
- 15 00 - małżonek pracownika skierowanego do pracy w przedstawicielstwie dyplomatycznym, urzędzie konsularnym, stałym przedstawicielstwie przy ONZ lub w innej misji specjalnej za granicą, w instytucie, ośrodku informacji kultury za granicą
- 16 10 - obywatel polski wykonujący pracę w podmiocie zagranicznym za granicą lub w podmiocie zagranicznym na terytorium RP, jeżeli podmiot nie posiada w Polsce swojej siedziby ani przedstawicielstw
- 17 00 - osoba sprawująca opiekę nad członkiem rodziny spełniającym warunki do przyznania zasiłku pielęgnacyjnego, podlegająca dobrowolnym ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym, jeżeli nie podlega ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym z innych tytułów

- 18 10 – student lub uczestnik studiów doktoranckich podlegający dobrowolnym ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym, jeżeli nie podlega ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym z innych tytułów
- 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
- 19 00 - osoba kontynuująca ubezpieczenia emerytalne i rentowe
- 20 10 – sędzia
- 20 20 - prokurator
- 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
- 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 ubezpieczeniu zdrowotnemu
- 24 10 - osoba objęta dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym
- 25 00 - emeryt lub rencista, którego składka na ubezpieczenie zdrowotne finansowana jest przez świadczeniobiorcę
- 25 10 - emeryt lub rencista, którego składka na ubezpieczenie zdrowotne jest finansowana z budżetu państwa
- 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 lub dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej
- 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 wykonywanego zawodu - składa się z 6 znaków, zawartych w “Klasyfikacji zawodów i specjalności”, stanowiącej załącznik do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 10 grudnia 2002 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. Nr 222, poz. 1868)

IV. Kod pracy w szczególnych warunkach ma postać:

- 1) 5 pierwszych znaków jest zgodne z załącznikiem do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 7 lutego 1983r. w sprawie wieku emerytalnego pracowników zatrudnionych w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze (Dz. U. Nr 8, poz. 43, ze zm.), z których:
 - w polu pierwszym wpisujemy nazwę wykazu (A lub B)
 - dwa następne znaki to numer działu w wykazie podany cyframi arabskimi
 - dwa znaki dalsze to numer rodzaju pracy w dziale

- 2) 6 i 7 znak to kod dotychczasowych przepisów zarządzeń i uchwał resortowych według następującej listy:
 - 01 – Zarządzenie nr 9 Ministra Administracji, Gospodarki Terenowej i Ochrony Środowiska z dnia 1 lipca 1983r.
 - 02 - Zarządzenie nr 9 Ministra Budownictwa i Przemysłu Materiałów Budowlanych z dnia 1 sierpnia 1983r.
 - 03 - Zarządzenie nr 41 Ministra Finansów z dnia 17 maja 1985r.
 - 04 - Zarządzenie nr 17 Ministra Górnictwa i Energetyki z dnia 12 sierpnia 1983r.
 - 05 - Zarządzenie nr 19 Ministra Handlu Wewnętrznego i Usług z dnia 10 listopada 1986r.
 - 06 - Zarządzenie nr 3 Ministra Hutnictwa i Przemysłu Maszynowego z dnia 30 marca 1985r.
 - 07 - Zarządzenie nr 64 Ministra Komunikacji z dnia 29 czerwca 1983r.
 - 08 - Zarządzenie nr 50 Ministra Handlu Zagranicznego z dnia 13 grudnia 1983r.
 - 09 - Zarządzenie nr 26 Ministra Kultury i Sztuki z dnia 1 lipca 1983r.
 - 10 - Zarządzenie nr 33 Ministra Łączności z dnia 16 maja 1983r.
 - 11 - Zarządzenie nr 28 Ministra Pracy, Płac i Spraw Socjalnych z dnia 30 lipca 1986r.
 - 12 - Zarządzenie nr 37 Ministra Nauki, Szkolnictwa Wyższego i Techniki z dnia 25 października 1983r.
 - 13 - Zarządzenie Ministra Obrony Narodowej nr 48 z dnia 12 września 1983r.
 - 14 - Zarządzenie nr DK 4-1000-1/84 Ministra Oświaty i Wychowania z dnia 15 czerwca 1984r.
 - 15 - Zarządzenie nr 16 Ministra Rolnictwa, Leśnictwa i Gospodarki Żywnościowej z dnia 31 marca 1988r.
 - 16 - Zarządzenie nr 11/86 Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 4 marca 1986r.
 - 17 - Zarządzenie nr 51/83/CZZK Ministra Sprawiedliwości z dnia 20 października 1983r.
 - 18 - Zarządzenie nr 7 Ministra Przemysłu Chemicznego i Lekkiego z dnia 7 lipca 1987r.
 - 19 - Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 12 lipca 1983r. (Dz.Urz. MZiOS nr 8, poz. 40, ze zm.)
 - 20 - Zarządzenie nr 9 Ministra Gospodarki Materialowej z dnia 31 maja 1983r.
 - 21 - Zarządzenie nr 9 Prezesa Centralnego Urzędu Geologii z dnia 4 lipca 1983r.
 - 22 - Zarządzenie nr 11 Przewodniczącego Komitetu do Spraw Młodzieży i Kultury Fizycznej z dnia 1 lipca 1988r.
 - 23 - Zarządzenie nr 24 Ministra – Kierownika Urzędu Gospodarki Morskiej z dnia 15 sierpnia 1983r.
 - 24 - Zarządzenie nr 24 Prezesa Polskiego Komitetu Normalizacji, Norm i Jakości z dnia 6 czerwca 1983r.
 - 25 – Uchwała nr 64/83 Zarządu Głównego Centralnego Związku Spółdzielni Rolniczych “Samopomoc Chłopska” z dnia 25 lipca 1983r.
 - 26 – Uchwała nr 184 Zarządu Centralnego Związku Spółdzielni Budownictwa Mieszkaniowego z dnia 20 maja 1983r.
 - 27 – Uchwała nr 80/83 Zarządu Centralnego Związku Spółdzielczości Pracy z dnia 30 czerwca 1983r.
 - 28 – Uchwała nr 38 Zarządu “Społem” Centralnego Związku Spółdzielni Spożywców z dnia 11 lipca 1983r.
 - 29 – Uchwała nr 106 Zarządu Centralnego Związku Spółdzielni Inwalidów z dnia 20 lipca 1983r.
 - 30 – Uchwała nr 16/83 Zarządu Centralnego Związku Spółdzielni Mleczarskich z dnia 27 czerwca 1983r.
 - 31 – Uchwała nr 14/84 Zarządu Centrali i Spółdzielni Ogrodniczych i Pszczelarskich z dnia 23 marca 1984r.
 - 32 - Zarządzenie nr 21 Prezesa Robotniczej Spółdzielni Wydawniczej “Prasa – Książka-Ruch” z dnia 21 października 1983r.
 - 33 – Uchwała nr 41/83 Zarządu Głównego Związku Zakładów Doskonalenia Zawodowego z dnia 28 września 1983r.
 - 34 - Zarządzenie nr 47 Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 17 czerwca 1983r.
 - 35 - Zarządzenie nr 20 Sekretarza Naukowego Polskiej Akademii Nauk z dnia 16 czerwca 1983r.
 - 36 - Zarządzenie nr 12/83 Naczelnego Redaktora Polskiej Agencji Prasowej PAP z dnia 31 maja 1983r.

- 37 – Uchwała nr 22 Zarządu “Cepelii” Centralnego Związku Spółdzielni Rękodzieła Ludowego i Artystycznego z dnia 1 czerwca 1983r.
 - 38 - Zarządzenie Prezesa Narodowego Banku Polskiego z dnia 17 maja 1983r. (zm. zarządzenie Prezesa Narodowego-Banku Polskiego Nr 5/87 z dnia 7 października 1987r. i Nr 1/90 z dnia 1 sierpnia 1990r.)
 - 39 – Uchwała nr 62 Zarządu Centralnego Związku Spółdzielni Niewidomych z dnia 15 lipca 1983r.
 - 40 - Zarządzenie nr 24 Przewodniczącego Komitetu do spraw Radia i Telewizji “Polskie Radio i Telewizja” z dnia 15 lipca 1988r.
 - 41 – Uchwała Prezydium Zarządu Stowarzyszenia “PAX” z dnia 28 grudnia 1983r.
 - 42 – Uchwała nr 19/84 Zarządu Centralnego Związku Budowlanych Spółdzielni Pracy z dnia 24 kwietnia 1984r.
 - 43 – Uchwała nr XXVIII/193/84 Zarządu Centralnego Związku Rolniczych Spółdzielni Produkcyjnych z dnia 15 marca 1984r.
 - 44 - Zarządzenie nr 17 Ministra – Kierownika Urzędu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej z dnia 2 sierpnia 1985r.
 - 45 - Zarządzenie nr 1/89 Ministra – Kierownika Urzędu do Spraw Wyznań z dnia 6 stycznia 1989r.
 - 46 – Uchwała nr 24 Zarządu Krajowego Związku Rolników, Kótek i Organizacji Rolniczych z dnia 14 czerwca 1983r.
 - 47 – Zarządzenie nr 2 Prezesa Państwowej Agencji Atomistyki z dnia 20 lutego 1989r.
- 3) 8 i 9 znak jest to numer określający stanowisko pracy jako punkt w pozycji rodzaj pracy – określony w wykazie szczegółowym stanowiącym załącznik do zarządzenia resortowego, stosowanego przez płatnika składek na podstawie odrębnych przepisów.

V. Kod pracy w szczególnym charakterze

Przy ustalaniu tego kodu nie stosuje się systemu oznaczeń określonego dla kodów wykorzystujących układ wykazów A i B z załącznika do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 7 lutego 1983r. w sprawie wieku emerytalnego pracowników zatrudnionych w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze i zarządzeń resortowych.

Kod ten składa się z 9 znaków:

000320301 – pracownik organów kontroli państwowej

000320302 – pracownik organów administracji celnej

pracownik /ubezpieczony/ wykonujący działalność twórczą lub artystyczną:

032030301 – tancerz

032030302 – akrobata

032030303 – gimnastyk

032030304 – ekwilibrysta

032030305 – kaskader

032030306 – solista wokalista

032030307 – muzyk grający na instrumentach dętych

032030308 – treser zwierząt drapieżnych

032030309 – artysta chóru

032030310 – żongler

032030311 – komik cyrkowy

032030312 – aktor teatru lalek

032030313 – aktorka

032030314 – dyrygentka

032030315 – muzyk grający na instrumentach smyczkowych

032030316 – muzyk grający na instrumentach perkusyjnych

032030317 - muzyk grający na instrumentach klawiszowych

032030318- operator obrazu filmowego

032030319 – fotografik

000320304 – dziennikarz zatrudniony w redakcjach dzienników, czasopism, w radiu, telewizji oraz w agencjach prasowych, informacyjnych, publicystycznych albo fotograficznych objęty układem pracy dziennikarzy

000320305 – nauczyciel, wychowawca lub inny pracownik pedagogiczny wykonujący pracę nauczycielską wymienioną w art. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982r. — Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2003r. Nr 118, poz. 1112, ze zm.)

000320307 – pracownik jednostek ochrony przeciwpożarowej, o których mowa w art. 15 pkt 1a-5 i 8 ustawy z dnia 24 sierpnia 1991r. o ochronie przeciwpożarowej (Dz. U. z 2002r. Nr 147, poz. 1229, ze zm.)

VI. 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

VII. 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

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

- 100 – ustanie tytułu do ubezpieczeń/ubezpieczenia
- 500 – zgon osoby ubezpieczonej
- 600 – inna przyczyna wyrejestrowania

IX. 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

X. Kod przyczyny wyrejestrowania płatnika - składa się z 3 znaków:

- 111 – zaprzestanie prowadzenia działalności
- 115 – postanowienie sądu o ukończeniu postępowania upadłościowego
- 117 – zgon płatnika składek
- 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

XI. Typ identyfikatora

- P – PESEL
- N- NIP

- R - REGON
- 1 - dowód osobisty
- 2 - paszport

XII. Kod świadczenia / przerwy - składa się z trzech znaków

1. Przerwa w opłacaniu składek

- 111 - urlop bezpłatny
- 121 - urlop wychowawczy udzielony na podstawie § 1 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 28 maja 1996 roku w sprawie urlopów i zasiłków wychowawczych (Dz. U. Nr 60, poz. 277)
- 122 - urlop wychowawczy udzielony na podstawie § 2 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 28 maja 1996 roku w sprawie urlopów i zasiłków wychowawczych
- 151 - okres usprawiedliwionej nieobecności w pracy, bez prawa do wynagrodzenia lub zasiłku
- 152 - okres nieusprawiedliwionej nieobecności w pracy
- 155 - okres niezdolności do pracy bez prawa do wynagrodzenia z przyczyn określonych w art. 92 § 1¹ Kodeksu pracy

2. Rodzaj świadczenia

- 211 - zasiłek porodowy
- 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
- 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
- 316 - wyrównanie zasiłku opiekuńczego z ubezpieczenia chorobowego
- 317 - wyrównanie zasiłku chorobowego z ubezpieczenia chorobowego
- 318 - wyrównanie zasiłku chorobowego z ubezpieczenia wypadkowego
- 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
- 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
- 333 - wynagrodzenie za czas niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową za okres do dnia 31 grudnia 2002 r., finansowane ze środków pracodawcy
- 334 - wynagrodzenie za czas niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową za okres do dnia 31 grudnia 2002 r., 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
- 337 - wyrównanie wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową za okres do dnia 31 grudnia 2002 r., finansowane ze środków pracodawcy
- 338 - wyrównanie wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową za okres do dnia 31 grudnia 2002 r., finansowane ze środków Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych
- 350 - inne świadczenia/przerwy

XIII. Kod choroby - składa się z 1 znaku literowego, a w przypadku zbiegu chorób kod ma postać X/X. Wpisywany na formularze kod choroby powinien mieć postać zgodną z podaną na zaświadczeniu lekarskim ZUS ZLA.

XIV. 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 współników 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 i prokuratorów, za których jest obowiązek opłacenia składek na ubezpieczenia społeczne po rozwiązaniu lub wygaśnięciu stosunku służbowego.

XV. 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.

XVI. 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 zakładów pracy chronionej lub zakładów aktywności zawodowej:
40 - dla deklaracji rozliczeniowej i imiennego raportu miesięcznego :
 - a) składanych za część miesiąca, w której płatnik nie posiadał statusu zakładu pracy chronionej lub zakładu aktywności zawodowej, w razie gdy uzyskanie tego statusu nastąpiło w trakcie miesiąca,
 - b) składanych za część miesiąca, w której płatnik posiadał status zakładu pracy chronionej lub zakładu aktywności zawodowej, w razie gdy utrata tego statusu nastąpiła w trakcie miesiąca,
41 - 49 włącznie – dla deklaracji rozliczeniowej korygującej i imiennego raportu miesięcznego korygującego,
- 3) w przypadku:
 - a) powiatowych urzędów pracy za bezrobotnych, absolwentów pobierających stypendium w okresie skierowania na szkolenie lub odbycie stażu, osoby pobierające świadczenie przedemerytalne lub zasiłek przedemerytalny oraz osoby niepobierające zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego z przyczyn określonych w przepisach o zatrudnieniu i przeciwdziałaniu bezrobociu,
 - b) wojskowych biur emerytalnych, zakładów emerytalnych Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz biur emerytalnych Służby Więziennej, za emerytów i rencistów,
 - c) jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, za osoby pobierające zasiłek stały i gwarantowany zasiłek okresowy oraz inne osoby, za które opłacane są składki na mocy przepisów o pomocy społecznej,
 - 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,
51 - dla deklaracji rozliczeniowej i imiennego raportu miesięcznego,
52 – 69 włącznie dla deklaracji rozliczeniowej korygującej i imiennego raportu miesięcznego korygującego,
- 4) w przypadku ZUS za emerytów i rencistów:
51 - dla deklaracji rozliczeniowej i imiennego raportu miesięcznego,
52 - 89 włącznie dla deklaracji rozliczeniowej korygującej i imiennego raportu miesięcznego korygującego,
- 5) w przypadku sędziów i prokuratorów, za których powstał obowiązek opłacania składek na ubezpieczenia społeczne w związku z rozwiązaniem lub wygaśnięciem stosunku służbowego:
70 - dla deklaracji rozliczeniowej i imiennego raportu miesięcznego,

- 71 - 79 włącznie – dla deklaracji rozliczeniowej korygującej i imiennego raportu miesięcznego korygującego,
- 6) 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,
- 7) 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.

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