



# DZIENNIK USTAW

## RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

---

Warszawa, dnia 18 września 2013 r.

Poz. 1101

### ROZPORZĄDZENIE MINISTRA PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ<sup>1)</sup>

z dnia 9 września 2013 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, zgłoszeń danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze oraz innych dokumentów**

Na podstawie art. 49 ust. 2 i 4 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2009 r. Nr 205, poz. 1585, z późn. zm.<sup>2)</sup>) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 października 2009 r. w sprawie określenia wzorów zgłoszeń do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego, imiennych raportów miesięcznych i imiennych raportów miesięcznych korygujących, zgłoszeń płatnika, deklaracji rozliczeniowych i deklaracji rozliczeniowych korygujących, zgłoszeń danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze oraz innych dokumentów (Dz. U. Nr 186, poz. 1444 oraz z 2011 r. Nr 109, poz. 633) wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 1:

a) w ust. 1:

– uchyla się pkt 16,

– dodaje się pkt 16a i 16b w brzmieniu:

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

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

b) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

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

2) w § 3 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

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

<sup>1)</sup> Minister Pracy i Polityki Społecznej kieruje działem administracji rządowej – zabezpieczenie społeczne, na podstawie § 1 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Pracy i Polityki Społecznej (Dz. U. Nr 248, poz. 1485).

<sup>2)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2009 r. Nr 218, poz. 1690, z 2010 r. Nr 105, poz. 668, Nr 182, poz. 1228, Nr 225, poz. 1474, Nr 254, poz. 1700 i Nr 257, poz. 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 75, poz. 398, Nr 138, poz. 808, Nr 171, poz. 1016, Nr 197, poz. 1170, Nr 199, poz. 1175, Nr 232, poz. 1378 i Nr 291, poz. 1706, z 2012 r. poz. 611, 637, 769, 1342 i 1548 oraz z 2013 r. poz. 675, 827 i 983.

- 3) załączniki nr 1–5 do rozporządzenia otrzymują brzmienie określone w załącznikach nr 1–5 do niniejszego rozporządzenia;
- 4) załączniki nr 12 i 13 do rozporządzenia otrzymują brzmienie określone w załącznikach nr 6 i 7 do niniejszego rozporządzenia;
- 5) załącznik nr 15 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 8 do niniejszego rozporządzenia;
- 6) uchyla się załącznik nr 16 do rozporządzenia;
- 7) dodaje się załączniki nr 16a i 16b do rozporządzenia w brzmieniu określonym w załącznikach nr 9 i 10 do niniejszego rozporządzenia;
- 8) załącznik nr 17 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 11 do niniejszego rozporządzenia;
- 9) w załączniku nr 18 do rozporządzenia:
  - a) w części I. Kod tytułu ubezpieczenia w dziale 1. Podmiot podstawowy wraz z rozszerzeniem:
    - skreśla się wyrazy:
      - „10 40 – alumn seminarium duchownego, nowicjusz, postulanta, juniorysta przed ukończeniem 25. roku życia, objęty dobrowolnie ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi”,
    - po wyrazach „12 11 – osoba przebywająca na urlopie wychowawczym” dodaje się wyrazy:
      - „12 50 – osoba sprawująca osobistą opiekę nad dzieckiem, która bezpośrednio przed podjęciem opieki podlegała ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność
      - 12 60 – osoba sprawująca osobistą opiekę nad dzieckiem, która bezpośrednio przed sprawowaniem opieki podlegała ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym jako zleceniobiorca
      - 12 70 – osoba sprawująca osobistą opiekę nad dzieckiem, która bezpośrednio przed podjęciem opieki podlegała ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym jako osoba współpracująca z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność albo ze zleceniobiorcą
      - 12 80 – osoba sprawująca osobistą opiekę nad dzieckiem, która bezpośrednio przed podjęciem opieki podlegała ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym jako osoba duchowna
      - 12 90 – osoba sprawująca osobistą opiekę nad dzieckiem, podlegająca wyłącznie ubezpieczeniu emerytalnemu”,
    - skreśla się wyrazy:
      - „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 Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli podmiot nie posiada w Rzeczypospolitej Polskiej swojej siedziby ani przedstawicielstwa
      - 17 00 – osoba sprawująca opiekę nad członkiem rodziny spełniającym warunki do przyznania zasiłku pielęgnacyjnego, podlegająca dobrowolnym ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym
      - 18 10 – student, uczestnik studiów doktoranckich lub osoba odbywająca staż adaptacyjny, podlegająca z tego tytułu dobrowolnym ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym”,
    - wyrazy: „19 00 – osoba kontynuująca ubezpieczenia emerytalne i rentowe oraz osoba podlegająca dobrowolnie ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym w okresie zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej” zastępuje się wyrazami:
      - „19 00 – osoba podlegająca dobrowolnie ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym, na podstawie art. 7 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych”,
    - oraz po tych wyrazach dodaje się wyrazy:
      - „19 10 – osoba podlegająca dobrowolnie ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym w okresie zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej”,
    - po wyrazach: „25 11 – emeryt lub rencista zamieszkały w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), którego składka na ubezpieczenie zdrowotne finansowana jest z budżetu państwa” dodaje się wyrazy:

- „26 00 – osoba pobierająca nauczycielskie świadczenie kompensacyjne zamieszkała w Rzeczypospolitej Polskiej
- 26 01 – osoba pobierająca nauczycielskie świadczenie kompensacyjne zamieszkała w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA)
- 27 00 – osoba pobierająca emeryturę pomostową zamieszkała w Rzeczypospolitej Polskiej
- 27 01 – osoba pobierająca emeryturę pomostową zamieszkała w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA)”,
- b) w części XI. Kod świadczenia/przerwy w dziale 3. Rodzaj świadczenia i przerwy:
- wyrazy: „311 – zasiłek macierzyński z ubezpieczenia chorobowego” zastępuje się wyrazami:  
„311 – zasiłek macierzyński z ubezpieczenia chorobowego za okres ustalony jako okres urlopu macierzyńskiego lub urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego”,
  - wyrazy: „315 – wyrównanie zasiłku macierzyńskiego z ubezpieczenia chorobowego” zastępuje się wyrazami:  
„315 – wyrównanie zasiłku macierzyńskiego z ubezpieczenia chorobowego za okres ustalony jako okres urlopu macierzyńskiego lub urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego”,
  - po wyrazach: „318 – wyrównanie zasiłku chorobowego z ubezpieczenia wypadkowego” dodaje się wyrazy:  
„319 – zasiłek macierzyński z ubezpieczenia chorobowego za okres ustalony jako okres urlopu rodzicielskiego
  - 320 – wyrównanie zasiłku macierzyńskiego z ubezpieczenia chorobowego za okres ustalony jako okres urlopu rodzicielskiego”,
  - po wyrazach: „324 – wyrównanie świadczenia rehabilitacyjnego z ubezpieczenia wypadkowego” dodaje się wyrazy:  
„325 – zasiłek macierzyński z ubezpieczenia chorobowego za okres ustalony jako okres dodatkowego urlopu macierzyńskiego lub dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego
  - 326 – wyrównanie zasiłku macierzyńskiego z ubezpieczenia chorobowego za okres ustalony jako okres dodatkowego urlopu macierzyńskiego lub dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego
  - 327 – zasiłek macierzyński z ubezpieczenia chorobowego za okres ustalony jako okres urlopu ojcowskiego
  - 328 – wyrównanie zasiłku macierzyńskiego z ubezpieczenia chorobowego za okres ustalony jako okres urlopu ojcowskiego”.

§ 2. 1. Płatnicy składek mogą do wyczerpania zapasów posługiwać się dotychczasowymi wzorami dokumentów, określonymi w załącznikach nr 1–5, 12, 13, 15, 16 i 17 zmienianego rozporządzenia, jeżeli dokumenty są przekazywane w formie dokumentu pisemnego, nie dłużej jednak niż do dnia 31 grudnia 2013 r.

2. Płatnicy składek mogą posługiwać się oprogramowaniem, o którym mowa w art. 47a ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, zawierającym dotychczasowe wzory dokumentów ubezpieczeniowych, określone w załącznikach nr 1–5, 12, 13, 15, 16 i 17 zmienianego rozporządzenia, nie dłużej jednak niż do dnia 31 grudnia 2013 r.

3. W przypadkach, o których mowa w ust. 1 i 2, stosuje się kody tytułu ubezpieczenia i kody świadczenia/przerwy obowiązujące do dnia 31 października 2013 r.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 listopada 2013 r., z wyjątkiem:

- 1) § 1 pkt 9 lit. a tiret drugie, które wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia;
- 2) § 1 pkt 9 lit. a tiret piąte, które wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2014 r.

Minister Pracy i Polityki Społecznej: *W. Kosiniak-Kamysz*

Załączniki do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 września 2013 r. (poz. 1101)

Załącznik nr 1

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH		ZUS ZUA	strona: 1	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ	
I. DANE ORGANIZACYJNE			02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych) <sup>1)</sup>		
01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ (jeśli TAK, wpisać X)			04. Nalepka „R”		
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)					
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK	01. Numer NIP (wpisać bez kresek)		02. Numer REGON		
	03. Numer PESEL <sup>2)</sup>		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. Numer PESEL <sup>2)</sup>		02.		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					
04. Płeć (wpisać: K - kobieta, M - mężczyzna)					
V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA					
01. Kod tytułu ubezpieczenia <sup>3)</sup>					
VI. DANE O OBOWIĄZKOWYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH					
01. Data powstania obowiązku ubezpieczeń (dd / mm / rrrr)		Osoba zgłaszana podlega ubezpieczeniom: (wpisać X w odpowiednim polu)			
		02. Emerytalnemu	04. Chorobowemu		
		03. Rentowym	05. Wypadkowemu		
VII. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM					
01. Data powstania obowiązku ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)		02. Kod oddziału NFZ			
VIII. DANE O DOBROWOLNYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH					
Wnoszę o objęcie ubezpieczeniami: (wpisać X w odpowiednim polu)		01. Emerytalnym	03. Rentowymi	05. Chorobowym	
		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. Kod oddziału NFZ			
X. INNE DANE O OSOBIE ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ <sup>4)</sup>					
01. Kod wykonywanego zawodu	02. Kod pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze		03. Okres pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze (dd / mm / rrrr)		

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

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

**XI. ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU**

01. Kod pocztowy 02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu 06. Numer lokalu

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

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

01. Kod pocztowy 02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu 06. Numer lokalu

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

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

01. Kod pocztowy 02. Miejscowość

03. Ulica

04. Numer domu 05. Numer lokalu

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

09. Adres poczty elektronicznej

**XIV. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK**

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęćka płatnika

**XV. OŚWIADCZENIE OSOBY ZGŁASZANEJ / ZGŁOSZONEJ DO UBEZPIECZENIA**

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

01. Podpis osoby zgłaszanej / zgłoszonej do ubezpieczenia

**XVI. ADNOTACJE ZUS**

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

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

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

**I. DANE ORGANIZACYJNE**

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

**II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK**

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)	02. Numer REGON
03. Numer PESEL <sup>1)</sup>	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  
PŁATNIKA SKŁADEK

**III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ**

01. Numer PESEL <sup>1)</sup>	02.	03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)
04. Seria i numer dokumentu		
05. Nazwisko		
06. Imię pierwsze		
07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)		

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 / rrrr)
03. Numer PESEL <sup>1)</sup>	04. Numer NIP (wpisać bez kresek) <sup>2)</sup>
05. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)	06. Seria i numer dokumentu
07. Nazwisko	
08. Imię pierwsze	
09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
10. Kod stopnia pokrewieństwa / powinowactwa	11. Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną? Jeśli TAK, wpisać X.
12. Kod stopnia niepełnosprawności	

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

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

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

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS	ZCNA	strona: 2	ZGŁOSZENIE DANYCH O CZŁONKACH RODZINY DLA CELÓW UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO
-----------------------------------	-----	------	-----------	--

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

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

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

03. Numer PESEL<sup>1)</sup>

04. Numer NIP (wpisać bez kresek)<sup>2)</sup>

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

06. Seria i numer dokumentu

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

10. Kod stopnia pokrewieństwa / powinowactwa

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

12. Kod stopnia niepełnosprawności

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

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

01. Kod pocztowy

02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu

06. Numer lokalu

07. Numer telefonu

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

**VI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK**

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

**VII. OŚWIADCZENIE OSOBY UBEZPIECZONEJ**

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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęćka płatnika

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

01. Podpis osoby ubezpieczonej

**VIII. ADNOTACJE ZUS**

<sup>1)</sup> Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.

<sup>2)</sup> Pole wypełnia się, o ile zgłoszenie / wyrejestrowanie dotyczy członka rodziny zgłoszonego przed 1 września 2011 r. wyłączenie z numerem NIP.

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZZA	strona: 1	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH
-----------------------------------	---------	-----------	---

**I. DANE ORGANIZACYJNE**

01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA  
ZDROWOTNEGO (jeśli TAK, wpisać X)

02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) /  
KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH<sup>1)</sup>

03. Data nadania (dd / mm / rrrr)

04. Nalepka „R”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE  
PLATNIKA SKŁADEK

**II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK**

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL<sup>2)</sup>

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

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

III. DANE IDENTYFIKACYJNE  
OSOBY ZGŁASZANEJ  
DO UBEZPIECZENIA

**III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA**

01. Numer PESEL<sup>2)</sup>

02.

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

04. Seria i numer dokumentu

05. Nazwisko

06. Imię pierwsze

07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

**IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA**

01. Imię drugie

02. Nazwisko rodowe

03. Obywatelstwo

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

**V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA**

01. Kod tytułu ubezpieczenia<sup>3)</sup>

**VI. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM**

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

02. Kod oddziału NFZ

**VII. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM**

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

02. Kod oddziału NFZ

**VIII. ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU**

01. Kod pocztowy

02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu

06. Numer lokalu

07. Numer telefonu

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





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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	<b>ZUS ZIUA</b>	<b>ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>	
<b>I. DANE ORGANIZACYJNE</b>			
01. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ			
02. Data nadania (dd / mm / rrrr)		03. Nalepka „R”	
<b>II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK</b>			
01. Numer NIP (wpisać bez kresek)		02. Numer REGON	
03. Numer PESEL <sup>1)</sup>		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)	
<b>III. POPRZEDNIE DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>			
01. Numer PESEL <sup>1)</sup>		02. Numer NIP (wpisać bez kresek) <sup>2)</sup>	
03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)		04. Seria i numer dokumentu	
05. Nazwisko			
06. Imię pierwsze		07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
<b>IV. AKTUALNE DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>			
01. Numer PESEL <sup>1)</sup>		02. Numer NIP (wpisać bez kresek) <sup>2)</sup>	
03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)		04. Seria i numer dokumentu	
05. Nazwisko			
06. Imię pierwsze		07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
<b>V. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK</b>			
01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)			
<b>VI. OŚWIADCZENIE OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>			
<p>Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.</p> <p>02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej</p> <p>03. Pieczęćka płatnika</p>		<p>Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.</p> <p>01. Podpis osoby ubezpieczonej</p>	
<b>VII. ADNOTACJE ZUS</b>			

<sup>1)</sup> Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.

<sup>2)</sup> Pole wypełnia się, o ile zmiana / korekta danych identyfikacyjnych dotyczy osoby zgłoszonej do ubezpieczeń przed 1 września 2011 r. wyłącznie z numerem NIP.

## Załącznik nr 5

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH		ZUS ZWUA	WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ	
<b>I. DANE ORGANIZACYJNE</b>				
<input type="checkbox"/> 01. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ (jeśli TAK, wpisać X)		<input type="checkbox"/> 02. ZGŁOSZENIE KOREKTY DANYCH O WYREJESTROWANIU Z UBEZPIECZEŃ (jeśli TAK, wpisać X)		
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)		04. Nalepka „R”		
<b>II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK</b>				
01. Numer NIP (wpisać bez kresek)		02. Numer REGON		
03. Numer PESEL <sup>1)</sup>		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				
<b>III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY WYREJESTROWYWANEJ Z UBEZPIECZEŃ</b>				
01. Numer PESEL <sup>1)</sup>		02. Numer NIP (wpisać bez kresek) <sup>2)</sup>		03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)
05. Nazwisko		04. Seria i numer dokumentu		
06. Imię pierwsze		07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)		
<b>IV. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ</b>				
01. Kod tytułu ubezpieczenia		02. Wyrejestrowanie z ubezpieczeń od dnia (dd / mm / rrrr)		03. Kod przyczyny wyrejestrowania
<b>V. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK</b>				
01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)				
<b>Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.</b>				
02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej				
03. Pieczęćka płatnika				
<b>VI. OŚWIADCZENIE OSOBY WYREJESTROWYWANEJ Z UBEZPIECZEŃ</b>				
<b>Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.</b>				
01. Podpis osoby wyrejestrowywanej z ubezpieczeń				
<b>VII. ADNOTACJE ZUS</b>				

<sup>1)</sup> Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.

<sup>2)</sup> Pole wypełnia się, o ile wyrejestrowanie dotyczy osoby zgłoszonej do ubezpieczeń przed 1 września 2011 r. wyłącznie z numerem NIP.

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS RCA	strona: 1	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH I WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH
-----------------------------------	---------	-----------	--

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

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

03. Numer PESEL <sup>1)</sup>  04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

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

III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze  03. Typ  04. Identyfikator

III. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBY	WYPADKOWE
01. Kod tytułu ubezpieczenia <input type="text"/>	02. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe <input type="text"/>		03. Wymiar czasu pracy <input type="text"/>	
04. Podstawa wymiaru składek <input type="text"/>	05. <input type="text"/>		06. <input type="text"/>	
07. <input type="text"/>	08. <input type="text"/>	09. <input type="text"/>	10. <input type="text"/>	
11. <input type="text"/>	12. <input type="text"/>	13. <input type="text"/>	14. <input type="text"/>	
15. <input type="text"/>	16. <input type="text"/>	17. <input type="text"/>	18. <input type="text"/>	
19. <input type="text"/>	20. <input type="text"/>	21. <input type="text"/>	22. <input type="text"/>	
23. <input type="text"/>	24. <input type="text"/>	25. <input type="text"/>	26. <input type="text"/>	
27. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego <input type="text"/>			28. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.26) <input type="text"/>	

III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Podstawa wymiaru składek

02. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika <sup>3)</sup>

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 <sup>4)</sup>

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)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

III. 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 RCA	strona: 2	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH I WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH
--------------------------------	---------	-----------	---

**IV A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ**

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

**IV. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE**

01. Kod tytułu ubezpieczenia

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

03. Wymiar czasu pracy

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBOWE	WYPADKOWE
04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	zł, gr		05. zł, gr	06. zł, gr
SKŁADKA FINANSOWANA PRZEZ:				
ubezpieczonego	07. zł, gr	08. zł, gr	09. zł, gr	10. zł, gr
płatnika	11. zł, gr	12. zł, gr	13. zł, gr	14. zł, gr
budżetu państwa	15. zł, gr	16. zł, gr	17. zł, gr	18. zł, gr
PFRON <sup>3)</sup>	19. zł, gr	20. zł, gr	21. zł, gr	22. zł, gr
Fundusz Kościelny	23. zł, gr	24. zł, gr	25. zł, gr	26. zł, gr
27. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składki w ramach pracowniczego programu emerytalnego		zł, gr	28. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.26)	
			zł, gr	

**IV. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE**

01. Podstawa wymiaru składki

02. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika<sup>3)</sup>

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

**IV. D. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA<sup>4)</sup>**

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)

**V. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK**

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęć płatnika

**VI. ADNOTACJE ZUS**

<sup>1)</sup> Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.  
<sup>2)</sup> Pól nie wypełnia się w dokumentach za okres od stycznia 2008 r., a w razie składania korekt za okres do grudnia 2007 r. może zostać wykazana kwota, nie wyższa od kwoty dofinansowania uwzględnionego w raporcie za ten okres, złożonym nie później niż 30 czerwca 2008 r.  
<sup>3)</sup> W tym polu należy także wykazać kwotę składki finansowaną z budżetu państwa, jeśli dotację otrzymuje płatnik.  
<sup>4)</sup> 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.

Załącznik nr 7

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH		ZUS	RZA	strona: 1	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE		
<b>I. DANE ORGANIZACYJNE</b>							
01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr)							
<b>II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK</b>	<b>II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK</b>		02. Numer REGON				
	01. Numer NIP (wpisać bez kresek)		03. Numer PESEL <sup>1)</sup>		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)						
	<b>III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>	<b>III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>					
		01. Nazwisko					
02. Imię pierwsze		03. Typ				04. Identyfikator	
<b>III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>	<b>III. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE</b>						
	01. Kod tytułu ubezpieczenia		02. Podstawa wymiaru składki		zl, gr		
	03. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika <sup>2)</sup>		04. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS		zl, gr		
	05. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego		06. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny		zl, gr		
	<b>IV. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>	<b>IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>					
		01. Nazwisko					
02. Imię pierwsze		03. Typ				04. Identyfikator	
<b>IV. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>	<b>IV. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE</b>						
	01. Kod tytułu ubezpieczenia		02. Podstawa wymiaru składki		zl, gr		
	03. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika <sup>2)</sup>		04. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS		zl, gr		
	05. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego		06. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny		zl, gr		
	<b>V. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>	<b>V. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>					
		01. Nazwisko					
02. Imię pierwsze		03. Typ				04. Identyfikator	
<b>V. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>	<b>V. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE</b>						
	01. Kod tytułu ubezpieczenia		02. Podstawa wymiaru składki		zl, gr		
	03. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika <sup>2)</sup>		04. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS		zl, gr		
	05. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego		06. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny		zl, gr		

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

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

**VI. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ**

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ 04. Identyfikator

VI. DANE DOTYCZĄCE  
OSOBY UBEZPIECZONEJ

**VI. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE**

01. Kod tytułu ubezpieczenia	02. Podstawa wymiaru składki
03. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika <sup>2)</sup>	04. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS
05. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego	06. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny

**VII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ**

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ 04. Identyfikator

VII. DANE DOTYCZĄCE  
OSOBY UBEZPIECZONEJ

**VII. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE**

01. Kod tytułu ubezpieczenia	02. Podstawa wymiaru składki
03. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika <sup>2)</sup>	04. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS
05. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego	06. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny

**VIII. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK**

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

\_\_\_\_\_

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

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

**IX. ADNOTACJE ZUS**

<sup>1)</sup> Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.

<sup>2)</sup> W polu tym należy także wykazać kwotę składki finansowaną z budżetu państwa, jeśli dotację otrzymuje płatnik.

PLATNIK WYPEŁNIA 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	
<b>I. DANE ORGANIZACYJNE</b>		02. Identyfikator deklaracji (numer / mm / rrrr)		05. Znak i numer decyzji pokontrolnej		
01. Termin przysyłania deklaracji i raportów		04. Nalepka „R”				
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)						
<b>II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK</b>						
01. Numer NIP (wpisać bez kresek)			02. Numer REGON			
03. Numer PESEL <sup>1)</sup>			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)
<b>III. INNE INFORMACJE</b>						
01. Liczba ubezpieczonych		02. Wniosek pracodawcy o dofinansowanie składek za osoby niepełnosprawne ze środków PFRON i budżetu państwa <sup>2)</sup>		03. Stopa procentowa składek na ubezpieczenie wypadkowe na ubezpieczenie wypadkowe		
				%		
<b>IV. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE ORAZ ŹRÓDEŁ FINANSOWANIA</b>						
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.		05.		06. (p. 04 + p. 05)	
	zł, gr		zł, gr		zł, gr	
ubezpieczonych						
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 <sup>2)</sup>	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.		23.		24. (p. 22 + p. 23)	
	zł, gr		zł, gr		zł, gr	
ubezpieczonych						
płatnika	25.		26.		27. (p. 25 + p. 26)	
	zł, gr		zł, gr		zł, gr	
budżet państwa	28.		29.		30. (p. 28 + p. 29)	
	zł, gr		zł, gr		zł, gr	
PFRON <sup>2)</sup>	31.		32.		33. (p. 31 + p. 32)	
	zł, gr		zł, gr		zł, gr	
Fundusz Kościelny	34.		35.		36. (p. 34 + p. 35)	
	zł, gr		zł, gr		zł, gr	
37. Kwota składek na ubezpieczenia społeczne, które powinien przekazać płatnik (p. 06 + p. 09 + p. 24 + p. 27)					zł, gr	
<b>V. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ PODLEGAJĄCYCH ROZLICZENIU W CIĘŻAR SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE</b>						
01. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego		03. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego		05. Łączna kwota do potrącenia (p.01 + p.02 + p.03 + p.04)		
zł, gr		zł, gr		zł, gr		
02. Kwota wynagrodzenia należnego płatnikowi od wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego		04. Kwota wypłaconych świadczeń finansowanych z budżetu państwa <sup>3)</sup>				
zł, gr		zł, gr				
<b>VI. ROZLICZENIE CZĘŚCI IV I V</b>						
01. Kwota do zwrotu przez ZUS: (p.V. 05 - p.IV. 37)			zł, gr		02. Kwota do zapłaty przez płatnika: (p. IV. 37 - p.V. 05)	
			zł, gr		zł, gr	



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

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

#### VII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kwota należnych składek finansowana przez płatnika <sup>4)</sup>	<input type="text"/>	05. Kwota należnych składek do przekazania przez płatnika (p.01+ p.02)	<input type="text"/>
02. Kwota należnych składek finansowana przez ubezpieczonych	<input type="text"/>	06. Kwota należnego wynagrodzenia dla płatnika <sup>5)</sup>	<input type="text"/>
03. Kwota należnych składek finansowana przez Fundusz Kościelny	<input type="text"/>	07. Kwota do zapłaty (p.05 - p.06)	<input type="text"/>
04. Kwota należnych składek finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS	<input type="text"/>		

#### VIII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FP I FGŚP

01. Kwota należnych składek na Fundusz Pracy	<input type="text"/>	03. Kwota do zapłaty (p.01 + p.02)	<input type="text"/>
02. Kwota należnych składek na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych	<input type="text"/>		

#### IX. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FUNDUSZ EMERYTUR POMOSTOWYCH

01. Liczba pracowników, za których jest opłacana składka na Fundusz Emerytur Pomostowych	<input type="text"/>	03. Suma należnych składek na Fundusz Emerytur Pomostowych	<input type="text"/>
02. Liczba stanowisk pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze	<input type="text"/>		

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia	<input type="text"/>	06. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe	<input type="checkbox"/>
02. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe	<input type="text"/>		
03. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe	<input type="text"/>		
04. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie wypadkowe	<input type="text"/>		
05. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne	<input type="text"/>		

#### XI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęć płatnika

**Pouczenie:** W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwot z poz. VI.02, poz. VII.07, poz. VIII.03, poz. IX.03 lub wpłacania ich w niepełnej wysokości, niniejsza deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz.U. z 2012 r. poz. 1015, z późn. zm.).

#### XII. ADNOTACJE ZUS

<sup>1)</sup> Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.

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

<sup>3)</sup> Pole to 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.

<sup>4)</sup> W polu tym należy także wykazać kwotę składek finansowanych z budżetu państwa, jeśli dotację otrzymuje płatnik.

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

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

**I. DANE ORGANIZACYJNE**

01. Identyfikator informacji (numer/mm/rrrr)

**II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK**

01. Numer NIP

02. Numer REGON

03. Numer PESEL<sup>1)</sup>

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

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwisko

07. Imię pierwsze

08. Nazwa skrócona

09. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)

**III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ**

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

**III. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE**

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Kod NFZ

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

04. Wymiar czasu

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBOWE	WYPADKOWE
PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	05. <input type="text"/>	<input type="text"/>	06. <input type="text"/>	07. <input type="text"/>
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:				
ubezpieczonych	08. <input type="text"/>	09. <input type="text"/>	10. <input type="text"/>	11. <input type="text"/>
płatnika	12. <input type="text"/>	13. <input type="text"/>	14. <input type="text"/>	15. <input type="text"/>
budżetu państwa	16. <input type="text"/>	17. <input type="text"/>	18. <input type="text"/>	19. <input type="text"/>
PFRON <sup>2)</sup>	20. <input type="text"/>	21. <input type="text"/>	22. <input type="text"/>	23. <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 składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego

29. 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

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

03. Kwota należnej składki finansowanej przez ubezpieczonego

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/rrrr)  -

03. Liczba dni zasiłkowych/wypłat

04. Kwota

**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

<sup>1)</sup> Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.

<sup>2)</sup> 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 do 30 czerwca 2008 r.

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

**I. DANE ORGANIZACYJNE**

01. Identyfikator informacji (numer/rrrr)

**II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK**

01. Numer NIP  02. Numer REGON

03. Numer PESEL<sup>1)</sup>  04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2

05. Seria i numer dokumentu  06. Nazwisko

07. Imię pierwsze  08. Nazwa skrócona

09. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)

**III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ**

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze  03. Typ  04. Identyfikator

**OKRES ROZLICZENIOWY**  (mm/rrrr)

**III. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE**

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

04. Wymiar czasu

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBY	WYPADKOWE
05. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
06. SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:				
ubezpieczonych	08. <input type="text"/>	09. <input type="text"/>	10. <input type="text"/>	11. <input type="text"/>
płatnika	12. <input type="text"/>	13. <input type="text"/>	14. <input type="text"/>	15. <input type="text"/>
budżetu państwa	16. <input type="text"/>	17. <input type="text"/>	18. <input type="text"/>	19. <input type="text"/>
PFRON <sup>2)</sup>	20. <input type="text"/>	21. <input type="text"/>	22. <input type="text"/>	23. <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 składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego

29. 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

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

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

**OKRES ROZLICZENIOWY**

(mm/rrrr)

**III. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE**

01. Kod tytułu ubezpieczenia	02. Kod NFZ	03. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe	04. Wymiar czasu	
UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBY	WYPADKOWE
PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	05.		06.	07.
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:				
ubezpieczonych	08.	09.	10.	11.
płatnika	12.	13.	14.	15.
budżet państwa	16.	17.	18.	19.
PFRON <sup>2)</sup>	20.	21.	22.	23.
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. Łączna kwota składek (suma od p. 08 do p. 27)	

**III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE**

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

**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)	04. Kwota
03. Liczba dni zasiłkowych/wypłat		

**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

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 do 30 czerwca 2008 r.

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZSWA	strona: 1	ZGŁOSZENIE / KOREKTA DANYCH O PRACY W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH LUB O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE
--------------------------------	----------	-----------	---

**I. DANE ORGANIZACYJNE**

01. Identyfikator zgłoszenia

02. Data nadania (dd / mm / rrrr)

03. Nalepka "R"

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

**II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK**

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL<sup>1)</sup>

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

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

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

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

01. ZGŁOSZENIE DANYCH (jeśli TAK, wpisać X)

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

03. Numer PESEL<sup>1)</sup>

04.

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

06. Seria i numer dokumentu

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze

03. Od (dd / mm / rrrr)

04. Do (dd / mm / rrrr)

05. Wymiar czasu pracy

06. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze

07. Od (dd / mm / rrrr)

08. Do (dd / mm / rrrr)

09. Wymiar czasu pracy

10. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze

11. Od (dd / mm / rrrr)

12. Do (dd / mm / rrrr)

13. Wymiar czasu pracy

14. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze

15. Od (dd / mm / rrrr)

16. Do (dd / mm / rrrr)

17. Wymiar czasu pracy

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

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

01. ZGŁOSZENIE DANYCH (jeśli TAK, wpisać X)

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

03. Numer PESEL<sup>1)</sup>

04.

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

06. Seria i numer dokumentu

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze

03. Od (dd / mm / rrrr)

04. Do (dd / mm / rrrr)

05. Wymiar czasu pracy

06. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze

07. Od (dd / mm / rrrr)

08. Do (dd / mm / rrrr)

09. Wymiar czasu pracy

10. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze

11. Od (dd / mm / rrrr)

12. Do (dd / mm / rrrr)

13. Wymiar czasu pracy

14. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze

15. Od (dd / mm / rrrr)

16. Do (dd / mm / rrrr)

17. Wymiar czasu pracy

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZSWA	strona: 2	ZGŁOSZENIE / KOREKTA DANYCH O PRACY W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH LUB O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE
-----------------------------------	----------	-----------	---

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

<input type="checkbox"/> 01. ZGŁOSZENIE DANYCH (jeśli TAK, wpisać X)	<input type="checkbox"/> 02. ZGŁOSZENIE KOREKTY DANYCH (jeśli TAK, wpisać X)	
03. Numer PESEL <sup>1)</sup>	04.	05. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)
06. Seria i numer dokumentu		
07. Nazwisko		
08. Imię pierwsze		09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia	03. Od (dd / mm / rrrr)	05. Wymiar czasu pracy
02. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze	04. Do (dd / mm / rrrr)	
06. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze	07. Od (dd / mm / rrrr)	09. Wymiar czasu pracy
	08. Do (dd / mm / rrrr)	
10. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze	11. Od (dd / mm / rrrr)	13. Wymiar czasu pracy
	12. Do (dd / mm / rrrr)	
14. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze	15. Od (dd / mm / rrrr)	17. Wymiar czasu pracy
	16. Do (dd / mm / rrrr)	

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

<input type="checkbox"/> 01. ZGŁOSZENIE DANYCH (jeśli TAK, wpisać X)	<input type="checkbox"/> 02. ZGŁOSZENIE KOREKTY DANYCH (jeśli TAK, wpisać X)	
03. Numer PESEL <sup>1)</sup>	04.	05. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)
06. Seria i numer dokumentu		
07. Nazwisko		
08. Imię pierwsze		09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia	03. Od (dd / mm / rrrr)	05. Wymiar czasu pracy
02. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze	04. Do (dd / mm / rrrr)	
06. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze	07. Od (dd / mm / rrrr)	09. Wymiar czasu pracy
	08. Do (dd / mm / rrrr)	
10. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze	11. Od (dd / mm / rrrr)	13. Wymiar czasu pracy
	12. Do (dd / mm / rrrr)	
14. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze	15. Od (dd / mm / rrrr)	17. Wymiar czasu pracy
	16. Do (dd / mm / rrrr)	

**VII. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK**

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

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

**VIII. ADNOTACJE ZUS**

<sup>1)</sup> Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.