



# DZIENNIK USTAW

## RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

---

Warszawa, dnia 31 grudnia 2018 r.

Poz. 2495

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

z dnia 20 grudnia 2018 r.

**w sprawie określenia wzorów zgłoszeń do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego, imiennych raportów miesięcznych i imiennych raportów miesięcznych korygujących, zgłoszeń płatnika składek, deklaracji rozliczeniowych i deklaracji rozliczeniowych korygujących, zgłoszeń danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, raportów informacyjnych, oświadczeń o zamiarze przekazania raportów informacyjnych oraz innych dokumentów**

Na podstawie art. 49 ust. 2 i 4 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1778, z późn. zm.<sup>2)</sup>) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Określa się wzory dokumentów:

- 1) zgłoszenie do ubezpieczeń/zgłoszenie zmiany danych osoby ubezpieczonej – o symbolu ZUS ZUA, stanowiące załącznik nr 1 do rozporządzenia;
- 2) zgłoszenie danych o członkach rodziny dla celów ubezpieczenia zdrowotnego – o symbolu ZUS ZCNA, stanowiące załącznik nr 2 do rozporządzenia;
- 3) zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego/zgłoszenie zmiany danych – o symbolu ZUS ZZA, stanowiące załącznik nr 3 do rozporządzenia;
- 4) zgłoszenie zmiany danych identyfikacyjnych osoby ubezpieczonej – o symbolu ZUS ZIUA, stanowiące załącznik nr 4 do rozporządzenia;
- 5) wyrejestrowanie z ubezpieczeń – o symbolu ZUS ZWUA, stanowiące załącznik nr 5 do rozporządzenia;
- 6) zgłoszenie/zmiana danych płatnika składek – osoby prawnej lub jednostki organizacyjnej nieposiadającej osobowości prawnej – o symbolu ZUS ZPA, stanowiące załącznik nr 6 do rozporządzenia;
- 7) zgłoszenie/zmiana danych płatnika składek – osoby fizycznej – o symbolu ZUS ZFA, stanowiące załącznik nr 7 do rozporządzenia;
- 8) zgłoszenie zmiany danych identyfikacyjnych płatnika składek – o symbolu ZUS ZIPA, stanowiące załącznik nr 8 do rozporządzenia;
- 9) wyrejestrowanie płatnika składek – o symbolu ZUS ZWPA, stanowiące załącznik nr 9 do rozporządzenia;
- 10) informacja o numerach rachunków bankowych płatnika składek – o symbolu ZUS ZBA, stanowiąca załącznik nr 10 do rozporządzenia;
- 11) adresy prowadzenia działalności gospodarczej przez płatnika składek – o symbolu ZUS ZAA, stanowiące załącznik nr 11 do rozporządzenia;

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

<sup>2)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 106, 138, 357, 398, 650, 697, 730, 771, 1076, 1544, 1577, 1613, 1629, 1669, 2126, 2192, 2215, 2244 i 2432.

- 12) imienny raport miesięczny o należnych składkach i wypłaconych świadczeniach – o symbolu ZUS RCA, stanowiący załącznik nr 12 do rozporządzenia;
- 13) imienny raport cz. II dla osoby fizycznej wykonującej działalność gospodarczą na mniejszą skalę, która korzysta z obniżenia składek na ubezpieczenia społeczne – o symbolu ZUS RCA cz. II, stanowiący załącznik nr 13 do rozporządzenia;
- 14) imienny raport miesięczny o należnych składkach na ubezpieczenie zdrowotne – o symbolu ZUS RZA, stanowiący załącznik nr 14 do rozporządzenia;
- 15) imienny raport miesięczny o wypłaconych świadczeniach i przerwach w opłacaniu składek – o symbolu ZUS RSA, stanowiący załącznik nr 15 do rozporządzenia;
- 16) imienny raport miesięczny o przychodach ubezpieczonego/okresach pracy nauczycielskiej – o symbolu ZUS RPA, stanowiący załącznik nr 16 do rozporządzenia;
- 17) deklaracja rozliczeniowa – o symbolu ZUS DRA, stanowiąca załącznik nr 17 do rozporządzenia;
- 18) deklaracja rozliczeniowa cz. II dla osoby fizycznej wykonującej działalność gospodarczą na mniejszą skalę, która korzysta z obniżenia składek na ubezpieczenia społeczne i opłaca składki wyłącznie za siebie – o symbolu ZUS DRA cz. II, stanowiąca załącznik nr 18 do rozporządzenia;
- 19) informacja miesięczna dla osoby ubezpieczonej – stanowiąca załącznik nr 19 do rozporządzenia;
- 20) informacja roczna dla osoby ubezpieczonej – stanowiąca załącznik nr 20 do rozporządzenia;
- 21) zgłoszenie/korekta danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze – o symbolu ZUS ZSWA, stanowiące załącznik nr 21 do rozporządzenia;
- 22) raport informacyjny – o symbolu ZUS RIA, stanowiący załącznik nr 22 do rozporządzenia;
- 23) oświadczenie o zamiarze przekazania raportów informacyjnych – o symbolu ZUS OSW, stanowiące załącznik nr 23 do rozporządzenia.

2. Dla imiennych raportów miesięcznych korygujących ustala się odpowiednio te same wzory, o których mowa w ust. 1 pkt 12 i 14–16, dla imiennego raportu cz. II korygującego – ten sam wzór, o którym mowa w ust. 1 pkt 13, dla deklaracji rozliczeniowej korygującej – ten sam wzór, o którym mowa w ust. 1 pkt 17, dla deklaracji rozliczeniowej cz. II korygującej – ten sam wzór, o którym mowa w ust. 1 pkt 18, dla informacji miesięcznej korygującej dla osoby ubezpieczonej – ten sam wzór, o którym mowa w ust. 1 pkt 19, dla informacji rocznej korygującej dla osoby ubezpieczonej – ten sam wzór, o którym mowa w ust. 1 pkt 20, a dla raportu informacyjnego korygującego – ten sam wzór, o którym mowa w ust. 1 pkt 22.

**§ 2.** Dokumenty są wypełniane przy użyciu kodów, których wykaz jest określony w załączniku nr 24 do rozporządzenia.

**§ 3.** 1. Dla dokumentów, o których mowa w § 1 ust. 1 pkt 1–11 i 21–23, określa się kolor pantone nr 224, pkt 12–16 – kolor pantone nr 158, pkt 17 i 18 – kolor pantone nr 172 oraz pkt 19 i 20 – kolor pantone nr 340.

2. Dokumenty, w postaci papierowej, stanowiące wydruk ze strony internetowej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub wydruk dokumentu pobranego przy użyciu oprogramowania interfejsowego, albo kopie tych dokumentów mogą być przekazywane bez zachowania kolorów, o których mowa w ust. 1.

**§ 4.** W przypadku przekazywania dokumentu dotyczącego okresu przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia stosuje się kody tytułu ubezpieczenia określone 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. z 2018 r. poz. 804), obowiązujące w okresie, za który dokument ten został złożony.

**§ 5.** Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2019 r.<sup>3)</sup>

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

<sup>3)</sup> Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 października 2009 r. w sprawie określenia wzorów zgłoszeń do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego, imiennych raportów miesięcznych i imiennych raportów miesięcznych korygujących, zgłoszeń płatnika, deklaracji rozliczeniowych i deklaracji rozliczeniowych korygujących, zgłoszeń danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze oraz innych dokumentów (Dz. U. z 2018 r. poz. 804), które na podstawie art. 3 pkt 7 ustawy z dnia 10 stycznia 2018 r. o zmianie niektórych ustaw w związku ze skróceniem okresu przechowywania akt pracowniczych oraz ich elektroniczną (Dz. U. poz. 357) traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

Załączniki do rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 grudnia 2018 r. (poz. 2495)

Załącznik nr 1

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

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

PŁATNIK WYPEŁNIA 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 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

**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.

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

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

**I. DANE ORGANIZACYJNE**

01. Data nadania (dd / mm / rrrr)

02. 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>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 IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ**

**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)

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

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

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

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

03. Numer PESEL<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. B. ADRES ZAMIESZKANIA (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zamieszkania ubezpieczonego)**

**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 WYPEŁNIA 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 PLATNIKA 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.**

**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

01. Podpis osoby ubezpieczonej

03. Pieczęćka płatnika

**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. wyłącznie z numerem NIP.

PLATNIK WYPELNIOLA 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**

<input type="checkbox"/> 01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO (jeśli TAK, wpisać X)	<input type="checkbox"/> 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>	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

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

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 UBEZPIECZENIA**

01. Imię drugie	04. Płeć (wpisać: K - kobieta, M - mężczyzna)
02. Nazwisko rodowe	
03. Obywatelstwo	

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

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

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

01. Kod pocztowy      02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu      06. Numer lokalu

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

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

01. Kod pocztowy      02. Miejscowość

03. Ulica

04. Numer domu      05. Numer lokalu

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

09. Adres poczty elektronicznej

**XI. OŚWIADCZENIE 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. Pieczętka płatnika

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

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

01. Podpis osoby zgłaszanej / zgłoszonej do ubezpieczenia

**XIII. ADNOTACJE ZUS**

<sup>1)</sup> W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZIUJA.  
<sup>2)</sup> Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.  
<sup>3)</sup> Dla określonego kodu tytułu ubezpieczenia należy wypełnić formularz ZUS ZAA.



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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH **ZUS** **ZIUA** **ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ**

**I. DANE ORGANIZACYJNE**

01. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ

02. Data nadania (dd / mm / rrrr)      03. 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>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. POPRZEDNIE DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

**III. POPRZEDNIE DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ**

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)

IV. AKTUALNE DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

**IV. AKTUALNE 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)

**V. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK**

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

**VI. OŚWIADCZENIE OSOBY UBEZPIECZONEJ**

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

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

**VII. ADNOTACJE ZUS**

<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.

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	<b>ZUS ZWUA</b>	<b>WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ</b>
<b>I. DANE ORGANIZACYJNE</b>		
<input type="checkbox"/> 01. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ (jeżeli TAK, wpisać X)		<input type="checkbox"/> 02. ZGŁOSZENIE KOREKTY DANYCH O WYREJESTROWANIU Z UBEZPIECZEŃ (jeżeli TAK, wpisać X)
03. Data nadania (dd / mm / rrr)		04. Nalepka „R”
<b>II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA 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 / rrr)
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>
05. Nazwisko		03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)
06. Imię pierwsze		04. Seria i numer dokumentu
		07. Data urodzenia (dd / mm / rrr)
<b>IV. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ</b>		
01. Kod tytułu ubezpieczenia	02. Wyrejestrowanie z ubezpieczeń od dnia (dd / mm / rrr)	03. Kod przyczyny wyrejestrowania
<b>V. ROZWIĄZANIE/ WYGAŚNIĘCIE STOSUNKU PRACY/ STOSUNKU SŁUŻBOWEGO</b>		
01. Data (dd / mm / rrr)	02. Kod wygaśnięcia/ kod trybu rozwiązania stosunku pracy/ stosunku służbowego	
03. Kod podstawy prawnej rozwiązania/ wygaśnięcia stosunku pracy/ stosunku służbowego		
04. Jeśli w polu 03 podałeś kod 550 - wpisz podstawę prawną rozwiązania/ wygaśnięcia stosunku pracy/ stosunku służbowego		
05. Strona z inicjatywy, której nastąpiło rozwiązanie stosunku pracy jeśli PRACOWNIK wpisz 1, jeśli PRACODAWCA - 2		
<b>VI. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK</b>		<b>VII. OŚWIADCZENIE OSOBY WYREJESTROWYWANEJ Z UBEZPIECZEŃ</b>
01. Data wypełnienia (dd / mm / rrr)		
Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.		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		01. Podpis osoby wyrejestrowywanej z ubezpieczeń
03. Pieczęćka płatnika		
<b>VIII. 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.

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	<b>ZUS</b>	<b>ZPA</b>	strona: <b>1</b>	<b>ZGŁOSZENIE / ZMIANA DANYCH PŁATNIKA SKŁADEK - OSOBY PRAWNEJ LUB JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ NIEPOSIAJĄCEJ OSOBOWOŚCI PRAWNEJ</b>
-----------------------------------	------------	------------	------------------	--

**I. DANE ORGANIZACYJNE**

01. ZGŁOSZENIE PŁATNIKA SKŁADEK (wpisać X)

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

03. Data nadania (dd / mm / rrrr)

04. Nalepka „R”

**II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK**

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Nazwa skrócona

**III. DANE EWIDENCYJNE PŁATNIKA SKŁADEK**

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

02. Czy płatnik jest jednostką budżetową w rozumieniu ustawy z dnia 30.06.2005 r. o finansach publicznych? Jeśli TAK, wpisać X.

03. Czy płatnik jest zakładem budżetowym lub gospodarstwem pomocniczym w rozumieniu ustawy z dnia 30.06.2005 r. o finansach publicznych? Jeśli TAK, wpisać X.

04. Nazwa organu założycielskiego

05. Czy płatnik podlega wpisowi do rejestru / ewidencji? Jeśli TAK, wpisać X.

06. Data wpisu do rejestru / ewidencji (dd / mm / rrrr)

07. Numer wpisu do rejestru / ewidencji

08. Nazwa organu rejestrowego / ewidencyjnego

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

**IV. DANE O RACHUNKU BANKOWYM PŁATNIKA SKŁADEK**

01. Numer rachunku

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

**V. ADRES SIEDZIBY PŁATNIKA SKŁADEK**

01. Kod pocztowy

02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu

06. Numer lokalu

07. Numer telefonu

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

09. Adres poczty elektronicznej

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

**VI. ADRES DO KORESPONDENCJI PŁATNIKA SKŁADEK (wpisać, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres siedziby płatnika składek)**

01. Kod pocztowy

02. Miejscowość

03. Ulica

04. Numer domu

05. Numer lokalu

06. Numer telefonu do teletransmisji

07. Skrytka pocztowa

08. Numer telefonu

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

10. Adres poczty elektronicznej

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

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

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

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Nazwa skrócona

VIII. OŚWIADCZENIE 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

IX. ADNOTACJE ZUS

<sup>1)</sup> W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZPA.

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

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) <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 EWIDENCYJNE PLATNIKA SKŁADEK**

01. Imię drugie

02. Miejsce urodzenia

03. Obywatelstwo

**IV. PODSTAWA DO PROWADZENIA POZAROLNICZEJ DZIAŁALNOŚCI**

01. Kod rodzaju uprawnienia

02. Numer uprawnienia

03. Nazwa organu wydającego uprawnienie

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

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

**V. DANE O RACHUNKU BANKOWYM PLATNIKA SKŁADEK**

01. Numer rachunku

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

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

09. Adres poczty elektronicznej

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

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

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

**VII. ADRES ZAMIESZKANIA PLATNIKA SKŁADEK** (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres siedziby płatnika składek)

01. Kod pocztowy      02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu      06. Numer lokalu

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

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

01. Kod pocztowy      02. Miejscowość

03. Ulica

04. Numer domu      05. Numer lokalu      06. Numer telefonu do teletransmisji

07. Skrytka pocztowa      08. Numer telefonu      09. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

10. Adres poczty elektronicznej

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

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

03. Nazwa skrócona

**X. OŚWIADCZENIE 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 (jeśli posiada)
--	--------------------------------------

**XI. ADNOTACJE ZUS**

<sup>1)</sup> W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZIPA.  
<sup>2)</sup> Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	<b>ZUS</b>	<b>ZIPA</b>	<b>ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH PŁATNIKA SKŁADEK</b>
<b>I. DANE ORGANIZACYJNE</b>			
01. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2)			
02. Data nadania (dd / mm / rrrr)		03. Nalepka „R”	
<b>II. POPRZEDNIE 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, <input type="checkbox"/> jeśli paszport - 2 <input type="checkbox"/>	
05. Seria i numer dokumentu		06. Nazwa skrócona	
07. Nazwisko			
08. Imię pierwsze		09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
<b>III. AKTUALNE 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, <input type="checkbox"/> jeśli paszport - 2 <input type="checkbox"/>	
05. Seria i numer dokumentu		06. Nazwa skrócona	
07. Nazwisko			
08. Imię pierwsze		09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
<b>IV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK</b>			
01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)			
<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>			
02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej		03. Pieczęćka płatnika	
<b>V. ADNOTACJE ZUS</b>			

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

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS    ZWPA	WYREJESTROWANIE PŁATNIKA SKŁADEK
-----------------------------------	-------------	----------------------------------

**I. DANE ORGANIZACYJNE**

01. WYREJESTROWANIE PŁATNIKA SKŁADEK  
Jeśli TAK, wpisać X.

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

03. Data nadania (dd / mm / rrr)

04. Nalepka „R”

**II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK**

II. DANE IDENTYFIKACYJNE  
PŁATNIKA 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 / rrr)

**III. DANE O WYREJESTROWANIU PŁATNIKA SKŁADEK**

01. Kod przyczyny wyrejestrowania

02. Data wyrejestrowania (dd / mm / rrr)

**IV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK**

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrr)

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

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

**V. ADNOTACJE ZUS**

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



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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	<b>ZUS</b>	<b>ZBA</b>	<b>INFORMACJA O NUMERACH RACHUNKÓW BANKOWYCH PLATNIKA SKŁADEK</b>
<b>I. DANE ORGANIZACYJNE</b>			
01. Data nadania (dd / mm / rrrr)		02. Nalepka „R”	
<b>II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA 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. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PLATNIKA SKŁADEK</b>			
01. Nowy rachunek (wpisać - 1) / zamknięcie rachunku (wpisać - 2)			
02. Numer rachunku			
<b>IV. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PLATNIKA SKŁADEK</b>			
01. Nowy rachunek (wpisać - 1) / zamknięcie rachunku (wpisać - 2)			
02. Numer rachunku			
<b>V. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PLATNIKA SKŁADEK</b>			
01. Nowy rachunek (wpisać - 1) / zamknięcie rachunku (wpisać - 2)			
02. Numer rachunku			
<b>VI. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PLATNIKA SKŁADEK</b>			
01. Nowy rachunek (wpisać - 1) / zamknięcie rachunku (wpisać - 2)			
02. Numer rachunku			
<b>VII. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PLATNIKA SKŁADEK</b>			
01. Nowy rachunek (wpisać - 1) / zamknięcie rachunku (wpisać - 2)			
02. Numer rachunku			
<b>VIII. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PLATNIKA SKŁADEK</b>			
01. Nowy rachunek (wpisać - 1) / zamknięcie rachunku (wpisać - 2)			
02. Numer rachunku			
<b>IX. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK</b>			
01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)			
<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>			
02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej		03. Pieczęćka płatnika	
<b>X. ADNOTACJE ZUS</b>			
<sup>1)</sup> Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.			

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

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

II. DANE IDENTYFIKACYJNE  
PLATNIKA SKŁADEK

I. DANE ORGANIZACYJNE

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

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA 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. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PLATNIKA

<input type="checkbox"/> 01. Nowy adres (wpisać - 1) / zakończenie prowadzenia działalności pod adresem (wpisać - 2)	02. Kod pocztowy	03. Miejscowość
04. Gmina / Dzielnica	05. Ulica	
06. Numer domu	07. Numer lokalu	
08. Numer telefonu	09. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)	

IV. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PLATNIKA

<input type="checkbox"/> 01. Nowy adres (wpisać - 1) / zakończenie prowadzenia działalności pod adresem (wpisać - 2)	02. Kod pocztowy	03. Miejscowość
04. Gmina / Dzielnica	05. Ulica	
06. Numer domu	07. Numer lokalu	
08. Numer telefonu	09. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)	

V. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PLATNIKA

<input type="checkbox"/> 01. Nowy adres (wpisać - 1) / zakończenie prowadzenia działalności pod adresem (wpisać - 2)	02. Kod pocztowy	03. Miejscowość
04. Gmina / Dzielnica	05. Ulica	
06. Numer domu	07. Numer lokalu	
08. Numer telefonu	09. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)	

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

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

**VI. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PŁATNIKA**

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

02. Kod pocztowy      03. Miejscowość

04. Gmina / Dzielnica

05. Ulica

06. Numer domu      07. Numer lokalu

08. Numer telefonu      09. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku gdy adres jest inny niż polski)

**VII. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PŁATNIKA**

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

02. Kod pocztowy      03. Miejscowość

04. Gmina / Dzielnica

05. Ulica

06. Numer domu      07. Numer lokalu

08. Numer telefonu      09. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

**VIII. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PŁATNIKA**

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

02. Kod pocztowy      03. Miejscowość

04. Gmina / Dzielnica

05. Ulica

06. Numer domu      07. Numer lokalu

08. Numer telefonu      09. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

**IX. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK**

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

\_\_\_\_\_

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

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

**X. ADNOTACJE ZUS**

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



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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS	RCA	strona: 2	<b>IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH I WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH</b>
--------------------------------	-----	-----	-----------	--

**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	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	05. <input style="width: 100%;" type="text"/>	06. <input style="width: 100%;" type="text"/>
SKŁADKA FINANSOWANA PRZEZ:				
ubezpieczonego	07. <input style="width: 100%;" type="text"/>	08. <input style="width: 100%;" type="text"/>	09. <input style="width: 100%;" type="text"/>	10. <input style="width: 100%;" type="text"/>
płatnika	11. <input style="width: 100%;" type="text"/>	12. <input style="width: 100%;" type="text"/>	13. <input style="width: 100%;" type="text"/>	14. <input style="width: 100%;" type="text"/>
budżetu państwa	15. <input style="width: 100%;" type="text"/>	16. <input style="width: 100%;" type="text"/>	17. <input style="width: 100%;" type="text"/>	18. <input style="width: 100%;" type="text"/>
PFRON <sup>2)</sup>	19. <input style="width: 100%;" type="text"/>	20. <input style="width: 100%;" type="text"/>	21. <input style="width: 100%;" type="text"/>	22. <input style="width: 100%;" type="text"/>
Fundusz Kościelny	23. <input style="width: 100%;" type="text"/>	24. <input style="width: 100%;" type="text"/>	25. <input style="width: 100%;" type="text"/>	26. <input style="width: 100%;" type="text"/>
27. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składki w ramach pracowniczego programu emerytalnego	<input style="width: 100%;" type="text"/>		28. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.26)	<input style="width: 100%;" type="text"/>

**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 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
--	----------------------

**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.

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	<b>ZUS RCA cz. II</b>	<b>IMIENNY RAPORT cz. II</b> DLA OSOBY FIZYCZNEJ WYKONUJĄCEJ DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ NA MNIEJSZA SKALĘ, KTÓRA KORZYSTA Z OBNIŻENIA SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE
<b>I. DANE ORGANIZACYJNE</b>		
01. Identyfikator raportu (numer)	02. Rok, na który jest ustalona najniższa podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe	05. Znak i numer decyzji pokontrolnej
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>	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. NAJNIŻSZA PODSTAWA WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE</b>		
01. Przychód z działalności gospodarczej za ubiegły rok kalendarzowy <sup>2)</sup>		
02. Najniższa podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe		
<b>IV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK</b>		
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. Pieczętka płatnika
<b>V. ADNOTACJE ZUS</b>		

<sup>1)</sup> Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.  
<sup>2)</sup> W polu tym wykaż roczny przychód z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej w poprzednim roku kalendarzowym. Przychód nie może przekraczać trzydziestokrotności kwoty minimalnego wynagrodzenia w poprzednim roku kalendarzowym.

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH		ZUS	RZA	strona: 1	<b>IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE</b>	
<b>I. DANE ORGANIZACYJNE</b>						
01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr)						
<b>II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA 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. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>						
01. Nazwisko						
02. Imię pierwsze			03. Typ		04. Identyfikator	
<b>III. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE</b>						
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		
<b>IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>						
01. Nazwisko						
02. Imię pierwsze			03. Typ		04. Identyfikator	
<b>IV. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE</b>						
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		
<b>V. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>						
01. Nazwisko						
02. Imię pierwsze			03. Typ		04. Identyfikator	
<b>V. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE</b>						
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		

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

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

VI. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Podstawa wymiaru składki

03. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika <sup>1)</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. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Podstawa wymiaru składki

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. Pieczęć 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 RSA	strona: 1	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH I PRZERWACH W OPŁACANIU SKŁADEK
--------------------------------	---------	-----------	---

I. DANE ORGANIZACYJNE  
01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA 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. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ  
01. Nazwisko  
02. Imię pierwsze  
03. Typ 04. Identyfikator

III. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ  
01. Kod tytułu ubezpieczenia  
02. Kod świadczenia / przerwy  
03. Od (dd / mm / rrrr)  
04. Do (dd / mm / rrrr)  
05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat  
06. Kwota zł, gr  
Okres

IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ  
01. Nazwisko  
02. Imię pierwsze  
03. Typ 04. Identyfikator

IV. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ  
01. Kod tytułu ubezpieczenia  
02. Kod świadczenia / przerwy  
03. Od (dd / mm / rrrr)  
04. Do (dd / mm / rrrr)  
05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat  
06. Kwota zł, gr  
Okres

V. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ  
01. Nazwisko  
02. Imię pierwsze  
03. Typ 04. Identyfikator

V. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ  
01. Kod tytułu ubezpieczenia  
02. Kod świadczenia / przerwy  
03. Od (dd / mm / rrrr)  
04. Do (dd / mm / rrrr)  
05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat  
06. Kwota zł, gr  
Okres

VI. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ  
01. Nazwisko  
02. Imię pierwsze  
03. Typ 04. Identyfikator

VI. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ  
01. Kod tytułu ubezpieczenia  
02. Kod świadczenia / przerwy  
03. Od (dd / mm / rrrr)  
04. Do (dd / mm / rrrr)  
05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat  
06. Kwota zł, gr  
Okres

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS	RSA	strona: 2	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH I PRZERWACH W OPŁACANIU SKŁADEK
--------------------------------	-----	-----	-----------	---

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

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Kod świadczenia / przerwy

03. Od (dd / mm / rrrr)

04. Do (dd / mm / rrrr)

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kwota

Okres

zł, gr

**VIII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ**

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Kod świadczenia / przerwy

03. Od (dd / mm / rrrr)

04. Do (dd / mm / rrrr)

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kwota

Okres

zł, gr

**IX. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ**

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Kod świadczenia / przerwy

03. Od (dd / mm / rrrr)

04. Do (dd / mm / rrrr)

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kwota

Okres

zł, gr

**X. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ**

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Kod świadczenia / przerwy

03. Od (dd / mm / rrrr)

04. Do (dd / mm / rrrr)

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kwota

Okres

zł, gr

**XI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK**

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęć płatnika

**XII. ADNOTACJE ZUS**

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

Załącznik nr 16

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

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

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA 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 PLATNIKA SKŁADEK

III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

05. Kod tytułu ubezpieczenia

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

01. Przychód za rok

02. Kwota

03. Przychód za rok

04. Kwota

05. Przychód za rok

06. Kwota

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

01. Przychód za rok

02. Kwota

03. Przychód za rok

04. Kwota

05. Przychód za rok

06. Kwota

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

01. Kwota

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

01. Przychód za rok

02. Kwota

03. Przychód za rok

04. Kwota

05. Przychód za rok

06. Kwota

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

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

**III. F. OKRESY WYKONYWANIA PRACY NAUCZYCIELSKIEJ<sup>2)</sup>**

01. Okres od (dd / mm / rrrr)	02. Okres do (dd / mm / rrrr)	03. Wymiar zajęć
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
04. Okres od (dd / mm / rrrr)	05. Okres do (dd / mm / rrrr)	06. Wymiar zajęć
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**IV. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK**

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej	03. Pieczęć płatnika

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

<sup>2)</sup> Okres wykonywania pracy nauczycielskiej w placówkach, o których mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 22 maja 2009 r. o nauczycielskich świadczeniach kompensacyjnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 128).

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	<b>ZUS</b>	<b>DRA</b>	strona: 1	<b>DEKLARACJA ROZLICZENIOWA</b>		
<b>I. DANE ORGANIZACYJNE</b>						
01. Termin przysyłania deklaracji i raportów		02. Identyfikator deklaracji (numer / mm / rrrr)		05. Znak i numer decyzji pokontrolnej		
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)		04. Nalepka „R”				
<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		
%						
<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	
	04. ubezpieczonych		05. ubezpieczonych		06. (p. 04 + p. 05)	
	07. płatnika		08. płatnika		09. (p. 07 + p. 08)	
	10. budżet państwa		11. budżet państwa		12. (p. 10 + p. 11)	
	13. PFRON <sup>2)</sup>		14. PFRON <sup>2)</sup>		15. (p. 13 + p. 14)	
	16. Fundusz Kościelny		17. Fundusz Kościelny		18. (p. 16 + p. 17)	
	19. Kwota składek na ubezpieczenie chorobowe		20. Kwota składek na ubezpieczenie wypadkowe		21. Suma kwot składek na ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe	
	22. ubezpieczonych		23. ubezpieczonych		24. (p. 22 + p. 23)	
	25. płatnika		26. płatnika		27. (p. 25 + p. 26)	
28. budżet państwa		29. budżet państwa		30. (p. 28 + p. 29)		
31. PFRON <sup>2)</sup>		32. PFRON <sup>2)</sup>		33. (p. 31 + p. 32)		
34. Fundusz Kościelny		35. Fundusz Kościelny		36. (p. 34 + p. 35)		
37. Kwota składek na ubezpieczenia społeczne, które powinien przekazać płatnik (p. 06 + p. 09 + p. 24 + p. 27)						
<b>V. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ PODLEGAJĄCYCH ROZLICZENIU W CIĘŻAR SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE</b>						
01. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego		02. Kwota wynagrodzenia należnego płatnikowi od wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego		03. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego		
04. Kwota wypłaconych świadczeń finansowanych z budżetu państwa / FUS <sup>3)</sup>		05. Łączna kwota do potrącenia (p. 01 + p. 02 + p. 03 + p. 04)				

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

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

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

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

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

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

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

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

#### IX. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK DO ZWROTU / ZAPŁATY (p.IV.37 + p.VI.07 + p.VII.03 + p.VIII.03 - p.V.05)

01. Kwota do zwrotu przez ZUS <sup>6)</sup>	<input type="text"/>	zł, gr	02. Kwota do zapłaty	<input type="text"/>	zł, gr
---	----------------------	--------	----------------------	----------------------	--------

#### 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"/>	zł, gr	
03. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe	<input type="text"/>	zł, gr	
04. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie wypadkowe	<input type="text"/>	zł, gr	
05. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne	<input type="text"/>	zł, gr	

#### XI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

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

Pouczenie: W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. IX.02 lub wpłacania jej w niepełnej wysokości, niniejsza deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz. U. z 2018 r. poz. 1314, 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> W polu należy wykazać wypłacaną za okres od stycznia 2016 r. kwotę podwyższenia zasiłku macierzyńskiego do wysokości kwoty świadczenia rodzicielskiego finansowanego z funduszu chorobowego. W polu można także uwzględnić świadczenia finansowane z budżetu państwa należne za okres do dnia 31 sierpnia 2006 r. w przypadku konieczności złożenia za ten okres korekty dokumentów.

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

<sup>6)</sup> Kwota nadpłaty, zgodnie z art. 24 ust. 6a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1778, z późn. zm.), podlega zaliczeniu przez Zakład z urzędu na poczet zaległych lub bieżących składek, a w razie ich braku na poczet przyszłych składek, chyba że płatnik składek złoży wniosek o zwrot składek.

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	<b>ZUS DRA cz. II</b>	<b>DEKLARACJA ROZLICZENIOWA cz. II</b> DLA OSOBY FIZYCZNEJ WYKONUJĄCEJ DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ NA MNIEJSZĄ SKALĘ, KTÓRA KORZYSTA Z OBNIŻENIA SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE I OPLACA SKŁADKI WYŁĄCZNIE ZA SIEBIE
--------------------------------	-----------------------	---

**I. DANE ORGANIZACYJNE**

01. Identyfikator deklaracji (numer)

02. Rok, na który ustalona jest najniższa podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe

03. Data nadania (dd / mm / rrrr)

04. Nalepka „R”

05. Znak i numer decyzji pokontrolnej

**II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK**

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL <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. NAJNIŻSZA PODSTAWA WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE**

01. Przychód z działalności gospodarczej za ubiegły rok kalendarzowy <sup>2)</sup>  zł, gr

02. Najniższa podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe  zł, gr

**IV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK**

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

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

**V. ADNOTACJE ZUS**

<sup>1)</sup> Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.  
<sup>2)</sup> W polu tym wykaz roczny przychód z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej w poprzednim roku kalendarzowym. Przychód nie może przekraczać trzydziestokrotności kwoty minimalnego wynagrodzenia w poprzednim roku kalendarzowym.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH		INFORMACJA MIESIĘCZNA DLA OSOBY UBEZPIECZONEJ			
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK	<b>I. DANE ORGANIZACYJNE</b>				
	01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr)				
	<b>II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK</b>				
	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)	
	<b>III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>				
	01. Nazwisko				
	02. Imię pierwsze			03. Typ	04. Identyfikator
<b>III. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE</b>					
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.	06.	07.		
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:					
ubezpieczonej	08.	09.	10.	11.	
płatnika	12.	13.	14.	15.	
budżetu 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)			
<b>III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE</b>					
01. Podstawa wymiaru składki		04. Kwota należnej składki finansowanej z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS			
02. Kwota należnej składki finansowanej przez płatnika <sup>3)</sup>		05. Kwota należnej składki finansowanej przez Fundusz Kościelny			
03. Kwota należnej składki finansowanej przez ubezpieczonego					
<b>III. D. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ I WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ ORAZ RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK</b>					
01. Kod świadczenia/przerwy		02. Okres od-do (dd/mm/rrrr)			
03. Liczba dni zasiłkowych/wypłat		04. Kwota			
<b>III. E. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, ALE NALEŻNEGO ZA INNY ROK KALENDARZOWY, KTÓRY STANOWIŁ PODSTAWĘ WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE</b>					
01. Przychód za rok		02. Kwota			
03. Przychód za rok		04. Kwota			
05. Przychód za rok		06. Kwota			

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ



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

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

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

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

01. Kwota

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

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

**III. I. OKRESY WYKONYWANIA PRACY NAUCZYCIELSKIEJ<sup>4)</sup>**

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

**IV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK**

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-mą) 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>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>Okres wykonywania pracy nauczycielskiej w placówkach, o których mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 22 maja 2009 r. o nauczycielskich świadczeniach kompensacyjnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 128).

DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH		INFORMACJA ROCZNA DLA OSOBY UBEZPIECZONEJ			
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK	<b>I. DANE ORGANIZACYJNE</b>				
	01. Identyfikator raportu (numer/rrrr) <input style="width: 100%;" type="text"/>				
	<b>II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK</b>				
	01. Numer NIP <input style="width: 100%;" type="text"/>		02. Numer REGON <input style="width: 100%;" type="text"/>		
	03. Numer PESEL <sup>1)</sup> <input style="width: 100%;" type="text"/>		04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2 <input style="width: 100%;" type="text"/>	05. Seria i numer dokumentu <input style="width: 100%;" type="text"/>	
	06. Nazwisko <input style="width: 100%;" type="text"/>				
	07. Imię pierwsze <input style="width: 100%;" type="text"/>				
	08. Nazwa skrócona <input style="width: 100%;" type="text"/>				
	09. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) <input style="width: 100%;" type="text"/>				
	<b>III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>				
01. Nazwisko <input style="width: 100%;" type="text"/>					
02. Imię pierwsze <input style="width: 100%;" type="text"/>					
03. Typ <input style="width: 100%;" type="text"/>					
04. Identyfikator <input style="width: 100%;" type="text"/>					
<b>OKRES ROZLICZENIOWY</b> <input style="width: 100%;" type="text"/> (mm/rrrr)					
<b>III. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE</b>					
01. Kod tytułu ubezpieczenia <input style="width: 100%;" type="text"/>					
02. Kod NFZ <input style="width: 100%;" type="text"/>					
03. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe <input style="width: 100%;" type="text"/>					
04. Wymiar czasu <input style="width: 100%;" type="text"/>					
UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBOWE	WYPADKOWE	
05. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:					
ubezpieczonych	08. <input style="width: 100%;" type="text"/>	09. <input style="width: 100%;" type="text"/>	10. <input style="width: 100%;" type="text"/>	11. <input style="width: 100%;" type="text"/>	
płatnika	12. <input style="width: 100%;" type="text"/>	13. <input style="width: 100%;" type="text"/>	14. <input style="width: 100%;" type="text"/>	15. <input style="width: 100%;" type="text"/>	
budżetu państwa	16. <input style="width: 100%;" type="text"/>	17. <input style="width: 100%;" type="text"/>	18. <input style="width: 100%;" type="text"/>	19. <input style="width: 100%;" type="text"/>	
PFRON <sup>2)</sup>	20. <input style="width: 100%;" type="text"/>	21. <input style="width: 100%;" type="text"/>	22. <input style="width: 100%;" type="text"/>	23. <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Fundusz Kościelny	24. <input style="width: 100%;" type="text"/>	25. <input style="width: 100%;" type="text"/>	26. <input style="width: 100%;" type="text"/>	27. <input style="width: 100%;" type="text"/>	
28. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego <input style="width: 100%;" type="text"/>					
29. Łączna kwota składek (suma od p. 08 do p. 27) <input style="width: 100%;" type="text"/>					
<b>III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE</b>					
01. Podstawa wymiaru składki <input style="width: 100%;" type="text"/>					
02. Kwota należnej składki finansowanej przez płatnika <sup>3)</sup> <input style="width: 100%;" type="text"/>					
03. Kwota należnej składki finansowanej przez ubezpieczonego <input style="width: 100%;" type="text"/>					
04. Kwota należnej składki finansowanej z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS <input style="width: 100%;" type="text"/>					
05. Kwota należnej składki finansowanej przez Fundusz Kościelny <input style="width: 100%;" type="text"/>					
<b>III. D. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ I WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ ORAZ RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK</b>					
01. Kod świadczenia/przerwy <input style="width: 100%;" type="text"/>					
02. Okres od-do (dd/mm/rrrr) <input style="width: 100%;" type="text"/>					
03. Liczba dni zasiłkowych/wypłat <input style="width: 100%;" type="text"/>					
04. Kwota <input style="width: 100%;" type="text"/>					
<b>III. E. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, ALE NALEŻNEGO ZA INNY ROK KALENDARZOWY, KTÓRY STANOWIŁ PODSTAWĘ WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE</b>					
01. Przychód za rok <input style="width: 100%;" type="text"/>					
02. Kwota <input style="width: 100%;" type="text"/>					
03. Przychód za rok <input style="width: 100%;" type="text"/>					
04. Kwota <input style="width: 100%;" type="text"/>					
05. Przychód za rok <input style="width: 100%;" type="text"/>					
06. Kwota <input style="width: 100%;" type="text"/>					
<b>III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>					

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

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

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

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

01. Kwota

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

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

**III. I. OKRESY WYKONYWANIA PRACY NAUCZYCIELSKIEJ<sup>4)</sup>**

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

**IV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK**

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

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

DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

<sup>0)</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 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> Okres wykonywania pracy nauczycielskiej w placówkach, o których mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 22 maja 2009 r. o nauczycielskich świadczeniach kompensacyjnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 128).

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	<b>ZUS ZSWA</b>	strona: 1	<b>ZGŁOSZENIE / KOREKTA DANYCH O PRACY W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH LUB O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE</b>		
<b>I. DANE ORGANIZACYJNE</b>					
01. Identyfikator zgłoszenia		02. Data nadania (dd / mm / rrrr)		03. Nalepka "R"	
Nr	Nr	Nr	R	R	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		
06. Nazwa skrócona			05. Seria i numer dokumentu		
07. Nazwisko					
08. Imię pierwsze			09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)		
<b>III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY WYKONUJĄCEJ PRACĘ W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH LUB O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE</b>					
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)		
<b>III. B. DANE O PRACY W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH / O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE</b>					
01. Kod tytułu ubezpieczenia					
02. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze		03. Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze 03. Od (dd / mm / rrrr)		04. Do (dd / mm / rrrr)	05. Wymiar czasu pracy
06. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze		07. Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze 07. Od (dd / mm / rrrr)		08. Do (dd / mm / rrrr)	09. Wymiar czasu pracy
10. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze		11. Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze 11. Od (dd / mm / rrrr)		12. Do (dd / mm / rrrr)	13. Wymiar czasu pracy
14. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze		15. Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze 15. Od (dd / mm / rrrr)		16. Do (dd / mm / rrrr)	17. Wymiar czasu pracy
<b>IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY WYKONUJĄCEJ PRACĘ W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH LUB O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE</b>					
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)		
<b>IV. B. DANE O PRACY W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH / O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE</b>					
01. Kod tytułu ubezpieczenia					
02. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze		03. Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze 03. Od (dd / mm / rrrr)		04. Do (dd / mm / rrrr)	05. Wymiar czasu pracy
06. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze		07. Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze 07. Od (dd / mm / rrrr)		08. Do (dd / mm / rrrr)	09. Wymiar czasu pracy
10. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze		11. Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze 11. Od (dd / mm / rrrr)		12. Do (dd / mm / rrrr)	13. Wymiar czasu pracy
14. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze		15. Okres 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 KOŁOREM.

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**

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)

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze

03. Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze  
03. Od (dd / mm / rrrr) 04. Do (dd / mm / rrrr)

05. Wymiar czasu pracy

06. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze

07. Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze  
07. Od (dd / mm / rrrr) 08. Do (dd / mm / rrrr)

09. Wymiar czasu pracy

10. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze

11. Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze  
11. Od (dd / mm / rrrr) 12. Do (dd / mm / rrrr)

13. Wymiar czasu pracy

14. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze

15. Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze  
15. Od (dd / mm / rrrr) 16. Do (dd / mm / rrrr)

17. Wymiar czasu pracy

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

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

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

03. Numer PESEL<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

02. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze

03. Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze  
03. Od (dd / mm / rrrr) 04. Do (dd / mm / rrrr)

05. Wymiar czasu pracy

06. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze

07. Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze  
07. Od (dd / mm / rrrr) 08. Do (dd / mm / rrrr)

09. Wymiar czasu pracy

10. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze

11. Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze  
11. Od (dd / mm / rrrr) 12. Do (dd / mm / rrrr)

13. Wymiar czasu pracy

14. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze

15. Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze  
15. Od (dd / mm / rrrr) 16. Do (dd / mm / rrrr)

17. Wymiar czasu pracy

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

**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

VII. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

**VIII. ADNOTACJE ZUS**

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

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	<b>ZUS RIA</b>	strona: 1	<b>RAPORT INFORMACYJNY</b>
-----------------------------------	----------------	-----------	----------------------------

**I. DANE ORGANIZACYJNE**

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

02. Data nadania (dd / mm / rrrr)

03. Nalepka „R”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE  
PŁATNIKA SKŁADEK

**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 IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ**

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

**IV. ROZWIĄZANIE / WYGAŚNIĘCIE OSTATNIEGO STOSUNKU PRACY / STOSUNKU SŁUŻBOWEGO**

01. Data (dd / mm / rrrr)

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

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

04. Jeśli w polu 03 podałeś kod 550 - wpisz podstawę prawną rozwiązania / wygaśnięcia  
stosunku pracy / stosunku służbowego

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

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

DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEN SPOŁECZNYCH	<b>ZUS RIA</b>	strona: 2	<b>RAPORT INFORMACYJNY</b>
-----------------------------------	----------------	-----------	----------------------------

46. Rok wypłaty

49. Rok wypłaty

52. Rok wypłaty

55. Rok wypłaty

58. Rok wypłaty

47. Przychód za rok

50. Przychód za rok

53. Przychód za rok

56. Przychód za rok

59. Przychód za rok

48. Kwota

51. Kwota

54. Kwota

57. Kwota

60. Kwota

VI. KWOTA PRZYCHODU NALEŻNEGO ZA INNY ROK KALENDARZOWY NIŻ ROK, W KTÓRYM ZOSTAŁ WYPŁACONY, A PRZYCHÓD TEN STANOWIŁ  
PODSTAWĘ WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE WYPADKOWE - ZA OKRES OD 1.01.1999 r. DO 31.12.2018 r.

01. Rok wypłaty

04. Rok wypłaty

07. Rok wypłaty

10. Rok wypłaty

13. Rok wypłaty

16. Rok wypłaty

19. Rok wypłaty

22. Rok wypłaty

25. Rok wypłaty

28. Rok wypłaty

31. Rok wypłaty

34. Rok wypłaty

37. Rok wypłaty

40. Rok wypłaty

43. Rok wypłaty

46. Rok wypłaty

49. Rok wypłaty

52. Rok wypłaty

55. Rok wypłaty

58. Rok wypłaty

02. Przychód za rok

05. Przychód za rok

08. Przychód za rok

11. Przychód za rok

14. Przychód za rok

17. Przychód za rok

20. Przychód za rok

23. Przychód za rok

26. Przychód za rok

29. Przychód za rok

32. Przychód za rok

35. Przychód za rok

38. Przychód za rok

41. Przychód za rok

44. Przychód za rok

47. Przychód za rok

50. Przychód za rok

53. Przychód za rok

56. Przychód za rok

59. Przychód za rok

03. Kwota

06. Kwota

09. Kwota

12. Kwota

15. Kwota

18. Kwota

21. Kwota

24. Kwota

27. Kwota

30. Kwota

33. Kwota

36. Kwota

39. Kwota

42. Kwota

45. Kwota

48. Kwota

51. Kwota

54. Kwota

57. Kwota

60. Kwota

VII. KWOTA PRZYCHODU, ZA LATA KALENDARZOWE, WYPŁACONEGO OBOK WYNAGRODZENIA ZA CZAS NIEZDOLNOŚCI DO PRACY, ZASIŁKU  
CHOROBYWEGO, MACIERZYŃSKIEGO, OPIEKUNCZEGO, ŚWIADCZENIA REHABILITACYJNEGO, KTÓRY W OKRESIE POBIERANIA TEGO  
WYNAGRODZENIA LUB ZASIŁKU NIE STANOWIŁ PODSTAWY WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE - ZA OKRES  
OD 1.01.1999 r. DO 31.12.2018 r.

01. Rok wypłaty

04. Rok wypłaty

07. Rok wypłaty

02. Przychód za rok

05. Przychód za rok

08. Przychód za rok

03. Kwota

06. Kwota

09. Kwota

DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	<b>ZUS RIA</b>	strona: <b>3</b>	<b>RAPORT INFORMACYJNY</b>
-----------------------------------	----------------	------------------	----------------------------

10. Rok wypłaty <input type="checkbox"/>	11. Przychód za rok <input type="checkbox"/>	12. Kwota <input type="checkbox"/>
13. Rok wypłaty <input type="checkbox"/>	14. Przychód za rok <input type="checkbox"/>	15. Kwota <input type="checkbox"/>
16. Rok wypłaty <input type="checkbox"/>	17. Przychód za rok <input type="checkbox"/>	18. Kwota <input type="checkbox"/>
19. Rok wypłaty <input type="checkbox"/>	20. Przychód za rok <input type="checkbox"/>	21. Kwota <input type="checkbox"/>
22. Rok wypłaty <input type="checkbox"/>	23. Przychód za rok <input type="checkbox"/>	24. Kwota <input type="checkbox"/>
25. Rok wypłaty <input type="checkbox"/>	26. Przychód za rok <input type="checkbox"/>	27. Kwota <input type="checkbox"/>
28. Rok wypłaty <input type="checkbox"/>	29. Przychód za rok <input type="checkbox"/>	30. Kwota <input type="checkbox"/>
31. Rok wypłaty <input type="checkbox"/>	32. Przychód za rok <input type="checkbox"/>	33. Kwota <input type="checkbox"/>
34. Rok wypłaty <input type="checkbox"/>	35. Przychód za rok <input type="checkbox"/>	36. Kwota <input type="checkbox"/>
37. Rok wypłaty <input type="checkbox"/>	38. Przychód za rok <input type="checkbox"/>	39. Kwota <input type="checkbox"/>
40. Rok wypłaty <input type="checkbox"/>	41. Przychód za rok <input type="checkbox"/>	42. Kwota <input type="checkbox"/>
43. Rok wypłaty <input type="checkbox"/>	44. Przychód za rok <input type="checkbox"/>	45. Kwota <input type="checkbox"/>
46. Rok wypłaty <input type="checkbox"/>	47. Przychód za rok <input type="checkbox"/>	48. Kwota <input type="checkbox"/>
49. Rok wypłaty <input type="checkbox"/>	50. Przychód za rok <input type="checkbox"/>	51. Kwota <input type="checkbox"/>
52. Rok wypłaty <input type="checkbox"/>	53. Przychód za rok <input type="checkbox"/>	54. Kwota <input type="checkbox"/>
55. Rok wypłaty <input type="checkbox"/>	56. Przychód za rok <input type="checkbox"/>	57. Kwota <input type="checkbox"/>
58. Rok wypłaty <input type="checkbox"/>	59. Przychód za rok <input type="checkbox"/>	60. Kwota <input type="checkbox"/>

**VIII. OKRESY WYKONYWANIA PRACY NAUCZYCIELSKIEJ W PLACÓWKACH, O KTÓRYCH MOWA W ART. 2 PKT 1 USTAWY Z DNIA 22 MAJA 2009 r. O NAUCZYCIELSKICH ŚWIADCZENIACH KOMPENSACYJNYCH (Dz. U. z 2018 r. poz. 128) - OD 1.01.1999 r. DO 31.12.2018 r.**

01. Okres od (dd / mm / rrrr) <input type="checkbox"/>	02. Okres do (dd / mm / rrrr) <input type="checkbox"/>	03. Wymiar zajęć <input type="checkbox"/>
04. Okres od (dd / mm / rrrr) <input type="checkbox"/>	05. Okres do (dd / mm / rrrr) <input type="checkbox"/>	06. Wymiar zajęć <input type="checkbox"/>
07. Okres od (dd / mm / rrrr) <input type="checkbox"/>	08. Okres do (dd / mm / rrrr) <input type="checkbox"/>	09. Wymiar zajęć <input type="checkbox"/>
10. Okres od (dd / mm / rrrr) <input type="checkbox"/>	11. Okres do (dd / mm / rrrr) <input type="checkbox"/>	12. Wymiar zajęć <input type="checkbox"/>

**IX. OKRESY WYKONYWANIA PRACY NAUCZYCIELSKIEJ W PLACÓWKACH, O KTÓRYCH MOWA W ART. 1 USTAWY Z DNIA 26 STYCZNIA 1982 r. KARTA NAUCZYCIELA (Dz. U. z 2018 r. poz. 967) - OD 1.01.1999 r. DO 31.12.2008 r.**

01. Okres od (dd / mm / rrrr) <input type="checkbox"/>	02. Okres do (dd / mm / rrrr) <input type="checkbox"/>	03. Wymiar zajęć <input type="checkbox"/>
04. Praca w szkolnictwie specjalnym, o której mowa w art. 88 Karty Nauczyciela - jeśli TAK, wpisz X <input type="checkbox"/>		
05. Okres od (dd / mm / rrrr) <input type="checkbox"/>	06. Okres do (dd / mm / rrrr) <input type="checkbox"/>	07. Wymiar zajęć <input type="checkbox"/>
08. Praca w szkolnictwie specjalnym, o której mowa w art. 88 Karty Nauczyciela - jeśli TAK, wpisz X <input type="checkbox"/>		

DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ



PLATNIK WYPELNIĄ POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE  
DUŻYMI Drukowanymi literami, czarnym lub niebieskim kolorem.

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

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

**X. OKRESY WYKONYWANIA PRACY W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH LUB W SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE, O KTÓREJ MOWA W ART. 32 USTAWY Z DNIA 17 GRUDNIA 1998 r. O EMERYTURACH I RENTACH Z FUNDUSZU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH (Dz. U. z 2018 r. poz. 1270, z późn. zm.) - OD 1.01.1999 r. DO 31.12.2008 r.**

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

02. Okres od (dd / mm / rrrr)  -  03. Okres do (dd / mm / rrrr)  04. Praca wykonywana była stale i w pełnym wymiarze czasu pracy - jeśli TAK, wpisz X

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

06. Kod pracy w szczególnym charakterze

07. Kod pracy w szczególnych warunkach

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

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

10. Kod pracy w szczególnych warunkach

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

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

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

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

15. Okres od (dd / mm / rrrr)  -  16. Okres do (dd / mm / rrrr)

17. Praca wykonywana była stale i w pełnym wymiarze czasu pracy - jeśli TAK, wpisz X

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

19. Kod pracy w szczególnym charakterze

20. Kod pracy w szczególnych warunkach

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

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

23. Kod pracy w szczególnych warunkach

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

DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	<b>ZUS RIA</b>	strona: <b>5</b>	<b>RAPORT INFORMACYJNY</b>
-----------------------------------	----------------	------------------	----------------------------

DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

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

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

**XI. OKRESY WYKONYWANIA PRACY W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH LUB O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE, O KTÓREJ MOWA W ART. 3 UST. 1 i 3 USTAWY Z DNIA 19 GRUDNIA 2008 r. O EMERYTURACH POMOSTOWYCH (Dz. U. z 2018 r. poz. 1924) - OD 1.01.1999 r. DO 31.12.2008 r.**

01. Kod pracy w szczególnych warunkach/ o szczególnym charakterze	02. Okres od (dd / mm / rrr)	03. Okres do (dd / mm / rrr)	04. Wymiar czasu pracy
05. Kod pracy w szczególnych warunkach/ o szczególnym charakterze	06. Okres od (dd / mm / rrr)	07. Okres do (dd / mm / rrr)	08. Wymiar czasu pracy

**XII. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK**

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrr)

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

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

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

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS OSW	OŚWIADCZENIE O ZAMIARZE PRZEKAZANIA RAPORTÓW INFORMACYJNYCH
I. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK	<b>I. 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
	06. Nazwa skrócona	05. Seria i numer dokumentu
	07. Nazwisko	
	08. Imię pierwsze	09. Data urodzenia (dd / mm / rrr)
<b>II. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK</b>		
01. Oświadczam, że zamierzam przekazać raporty informacyjne <sup>2)</sup> - jeśli TAK, wpisz X		<input type="checkbox"/>
02. Odwołuję oświadczenie o zamiarze przekazania raportów informacyjnych <sup>3)</sup> - jeśli TAK, wpisz X		<input type="checkbox"/>
<b>III. DATA WYPEŁNIENIA OŚWIADCZENIA</b>		
01. Data wypełnienia (dd / mm / rrr)		
<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

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

<sup>2)</sup> Zgodnie z art. 41a ust. 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1778, z późn. zm.) złożenie oświadczenia powoduje obowiązek przekazania raportów informacyjnych za wszystkich ubezpieczonych.

<sup>3)</sup> Zgodnie z art. 41a ust. 3 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1778, z późn. zm.) oświadczenie można odwołać do czasu złożenia pierwszego raportu informacyjnego.

## KODY WYKORZYSTYWANE PRZY WYPEŁNIANIU DOKUMENTÓW

**I. Kod tytułu ubezpieczenia** - składa się z 6 znaków, oznaczających:

- 1) podmiot podstawowy wraz z rozszerzeniem (4 znaki)
  - 2) ustalone bądź nieustalone prawo do emerytury lub renty (1 znak)
  - 3) stopień niepełnosprawności (1 znak)
1. Podmiot podstawowy wraz z rozszerzeniem:
    - 01 10 - pracownik podlegający ubezpieczeniom społecznym i ubezpieczeniu zdrowotnemu
    - 01 11 - pracownik podlegający ubezpieczeniom społecznym i z mocy przepisów szczególnych niepodlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu
    - 01 12 - osoba pobierająca świadczenie szkoleniowe wypłacane po ustaniu zatrudnienia
    - 01 13 - pracownik, za którego płatnik składek skorzystał z dofinansowania składek na ubezpieczenia społeczne ze środków budżetu państwa i Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie art. 25 ust. 2, 3 lub 3a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, w brzmieniu obowiązującym do 1 stycznia 2008 r., a obecnie ma obowiązek dopłaty składek i przekazuje po 30 czerwca 2008 r. dokumenty rozliczeniowe korygujące za okres do grudnia 2007 r.
    - 01 20 - pracownik młodociany
    - 01 24 - były pracownik mianowany lub były urzędnik służby cywilnej, z którym został rozwiązany stosunek pracy, pobierający świadczenie pieniężne za okres po ustaniu zatrudnienia
    - 01 25 - pracownik podlegający ubezpieczeniom społecznym i ubezpieczeniu zdrowotnemu, opłacający składki na własne ubezpieczenia w przypadku określonym w art. 109 rozporządzenia Rady (EWG) nr 574/72 z dnia 21 marca 1972 r. w sprawie wykonywania rozporządzenia Rady (EWG) nr 1408/71 w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Dz. Urz. WE L 74 z 27.03.1972, str. 1, z późn. zm.; Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 05, t. 1, str. 83), zwanego dalej „rozporządzeniem Rady (EWG) nr 574/72” albo w art. 21 ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczącego wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. UE L 284 z 30.10.2009, str. 1, z późn. zm.), zwanego dalej „rozporządzeniem Rady (WE) nr 987/2009”
    - 01 26 - pracownik podlegający ubezpieczeniom społecznym i z mocy przepisów szczególnych niepodlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu, opłacający składki na własne ubezpieczenia w przypadku określonym w art. 109 rozporządzenia Rady (EWG) nr 574/72 albo w art. 21 ust. 2 rozporządzenia Rady (WE) nr 987/2009
    - 02 00 - osoba wykonująca pracę nakładczą
    - 02 13 - osoba wykonująca pracę nakładczą, za którą płatnik składek skorzystał z dofinansowania składek na ubezpieczenia społeczne ze środków budżetu państwa i Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie art. 25 ust. 2, 3 lub 3a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, w brzmieniu obowiązującym do dnia 1 stycznia 2008 r., a obecnie ma obowiązek dopłaty składek i przekazuje po dniu 30 czerwca 2008 r. dokumenty rozliczeniowe korygujące za okres do grudnia 2007 r.
    - 03 10 - członek rolniczej spółdzielni produkcyjnej, spółdzielni kółek rolniczych lub innej spółdzielni zajmującej się produkcją rolną

- 03 20 - osoba wykonująca pracę w spółdzielni lub w gospodarstwie rolnym spółdzielni na innej podstawie niż stosunek pracy, niebędąca jej członkiem i wynagradzana według zasad obowiązujących członków spółdzielni, w tym kandydat na członka spółdzielni
- 04 11 - osoba wykonująca umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług
- 04 17 - osoba wykonująca umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług, z mocy przepisów szczególnych niepodlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu
- 04 21 - osoba współpracująca z osobą wykonującą umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług
- 04 24 - osoba współpracująca z osobą wykonującą umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług z mocy przepisów szczególnych niepodlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu
- 04 26 - osoba wykonująca umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług, opłacająca składki na własne ubezpieczenia w przypadku określonym w art. 109 rozporządzenia Rady (EWG) nr 574/72 albo w art. 21 ust. 2 rozporządzenia Rady (WE) nr 987/2009
- 04 28 - osoba wykonująca umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług, z mocy przepisów szczególnych niepodlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu, opłacająca składki na własne ubezpieczenia w przypadku określonym w art. 109 rozporządzenia Rady (EWG) nr 574/72 albo w art. 21 ust. 2 rozporządzenia Rady (WE) nr 987/2009
- 04 30 - osoba sprawująca opiekę nad dziećmi w wieku do lat 3 na podstawie umowy uaktywniającej, której składki finansuje budżet państwa
- 04 31 - osoba sprawująca opiekę nad dziećmi w wieku do lat 3 na podstawie umowy uaktywniającej, dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia stanowi nadwyżka ponad kwotę, od której składki finansuje budżet państwa
- 05 10 - osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą na podstawie przepisów o działalności gospodarczej lub innych przepisów szczególnych niemająca ustalonego prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 60% kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia, osoba prowadząca niepubliczną bądź publiczną szkołę, placówkę lub ich zespół, na podstawie przepisów o systemie oświaty oraz osoba prowadząca pozarolniczą działalność w zakresie wolnego zawodu
- 05 11 - osoba współpracująca z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność oraz osobą fizyczną, o której mowa w art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców
- 05 12 - osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą na podstawie przepisów o działalności gospodarczej lub innych przepisów szczególnych mająca ustalone prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy, dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 60% kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia
- 05 13 - osoba niepełnosprawna, która po raz pierwszy podjęła prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej i skorzystała z dofinansowania składek na ubezpieczenia społeczne ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie art. 25 ust. 3b ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, w brzmieniu obowiązującym do dnia 1 stycznia 2008 r., a obecnie ma obowiązek dopłaty składek i przekazuje po dniu 30 czerwca 2008 r. dokumenty rozliczeniowe korygujące za okres do grudnia 2007 r.
- 05 20 - twórca
- 05 30 - artysta

- 05 40 - osoba niepodlegająca ubezpieczeniom społecznym i podlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu, zgodnie z art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców
- 05 43 - wspólnik jednoosobowej spółki z ograniczoną odpowiedzialnością oraz wspólnicy spółki jawnej, komandytowej lub partnerskiej
- 05 44 - osoba prowadząca pozarolniczą działalność, z mocy przepisów szczególnych niepodlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu
- 05 45 - osoba współpracująca z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność, z mocy przepisów szczególnych niepodlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu
- 05 70 - osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą niemająca ustalonego prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 30% kwoty minimalnego wynagrodzenia
- 05 72 - osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą mająca ustalone prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy, dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 30% kwoty minimalnego wynagrodzenia
- 05 80 - osoba prowadząca pozarolniczą działalność, której zasiłek macierzyński nie przekracza kwoty świadczenia rodzicielskiego
- 05 81 - osoba współpracująca z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność, której zasiłek macierzyński nie przekracza kwoty świadczenia rodzicielskiego
- 05 90 - osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą niemająca ustalonego prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, dla której podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne uzależniona jest od przychodu
- 05 92 - osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą mająca ustalone prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy, dla której podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne uzależniona jest od przychodu
- 06 10 - poseł lub senator pobierający uposażenie
- 07 10 - stypendysta sportowy pobierający stypendium podlegający z tego tytułu ubezpieczeniom społecznym oraz ubezpieczeniu zdrowotnemu albo wyłącznie ubezpieczeniu zdrowotnemu
- 07 20 - stypendysta sportowy pobierający stypendium podlegający z tego tytułu wyłącznie ubezpieczeniom społecznym
- 08 00 - osoba wykonująca odpłatnie pracę na podstawie skierowania do pracy, w czasie odbywania kary pozbawienia wolności lub tymczasowego aresztowania
- 09 10 - osoba bezrobotna pobierająca zasiłek dla bezrobotnych, osoba pobierająca świadczenie integracyjne
- 09 11 - osoba bezrobotna niepobierająca zasiłku dla bezrobotnych lub stypendium
- 09 20 - osoba pobierająca stypendium w okresie odbywania szkolenia, stażu lub przygotowania zawodowego dorosłych, na które została skierowana przez powiatowy urząd pracy lub inny niż powiatowy urząd pracy podmiot kierujący oraz osoba pobierająca stypendium w okresie odbywania studiów podyplomowych
- 09 40 - osoba zamieszkała w Rzeczypospolitej Polskiej pobierająca zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne
- 09 41 - osoba pobierająca zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne, zamieszkała w innym niż Rzeczypospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA)
- 10 10 - duchowny, nieprowadzący pozarolniczej działalności gospodarczej, opłacający składkę od minimalnej podstawy wymiaru
- 10 11 - duchowny, nieprowadzący pozarolniczej działalności gospodarczej, opłacający składkę od minimalnej podstawy oraz od zadeklarowanej nadwyżki ponad minimalną podstawę wymiaru, należną za okres do dnia 31 marca 2004 r.
- 10 12 - duchowny, nieprowadzący pozarolniczej działalności gospodarczej, opłacający składkę od zadeklarowanej nadwyżki ponad minimalną podstawę wymiaru

- 10 20 - duchowny, nieprowadzący pozarolniczej działalności gospodarczej, będący członkiem zakonu kontemplacyjno-klauzurowego lub misjonarzem, opłacający składkę od minimalnej podstawy wymiaru
- 10 50 - alumn seminarium duchownego, nowicjusz, postulant i juniorysta, podlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu
- 11 10 - żołnierz niezawodowy w służbie czynnej
- 11 11 - osoba odbywająca służbę zastępczą
- 11 12 - osoba odbywająca nadterminową zasadniczą służbę wojskową
- 11 13 - osoba odbywająca okresową służbę wojskową
- 11 14 - funkcjonariusz w służbie kandydackiej oraz kandydat na żołnierza zawodowego
- 11 20 - żołnierz zawodowy
- 11 30 - funkcjonariusz Policji
- 11 31 - funkcjonariusz Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Agencji Wywiadu
- 11 32 - funkcjonariusz Straży Granicznej
- 11 33 - funkcjonariusz Państwowej Straży Pożarnej
- 11 34 - funkcjonariusz Służby Celno-Skarbowej
- 11 35 - funkcjonariusz Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Służby Ochrony Państwa albo Straży Marszałkowskiej
- 11 40 - funkcjonariusz Służby Więziennej
- 11 50 - osoba w stanie spoczynku pobierająca uposażenie
- 11 51 - osoba pobierająca uposażenie rodzinne
- 11 52 - osoba pobierająca uposażenie po zwolnieniu ze służby lub świadczenia pieniężne o takim samym charakterze
- 11 53 - żołnierz lub funkcjonariusz, za którego jest obowiązek opłacenia składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe w związku ze zwolnieniem ze służby lub utratą prawa do emerytury bądź renty
- 12 11 - osoba przebywająca na urlopie wychowawczym
- 12 40 - osoba pobierająca zasiłek macierzyński
- 12 50 - osoba sprawująca osobistą opiekę nad dzieckiem, która bezpośrednio przed podjęciem opieki podlegała ubezpieczeniu 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
- 13 10 - osoba, która na podstawie odrębnych przepisów lub układów zbiorowych pracy pobiera świadczenie socjalne wypłacane w czasie urlopu innego niż kolejowy
- 13 20 - osoba pobierająca zasiłek socjalny na czas przekwalifikowania zawodowego i poszukiwania nowego zatrudnienia
- 13 21 - osoba, która na podstawie odrębnych przepisów lub układów zbiorowych pracy pobiera świadczenie socjalne wypłacane w czasie urlopu kolejowego
- 13 22 - osoba pobierająca świadczenie socjalne w okresie zwolnienia z obowiązku świadczenia pracy
- 14 22 - świadczeniobiorca, za którego jednostka organizacyjna pomocy społecznej albo wójt, burmistrz lub prezydent miasta ma obowiązek opłacać składki
- 18 11 - student lub uczestnik studiów doktoranckich, za którego szkoła wyższa lub jednostka organizacyjna prowadząca studia doktoranckie jest obowiązana do opłacania składek na ubezpieczenie zdrowotne

- 18 12 - doktorant, podlegający z tego tytułu ubezpieczeniom społecznym oraz ubezpieczeniu zdrowotnemu
- 18 13 - doktorant, podlegający z tego tytułu ubezpieczeniom społecznym, niepodlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu.
- 18 30 - słuchacz Krajowej Szkoły Administracji Publicznej im. Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Lecha Kaczyńskiego
- 19 00 - osoba podlegająca dobrowolnie ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym, na podstawie art. 7 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych
- 19 10 - osoba podlegająca dobrowolnie ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym w okresie zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej
- 20 10 - sędzia
- 20 20 - prokurator, ławnik sądowy, aplikant Krajowej Szkoły Sądownictwa i Prokuratury
- 20 30 - sędzia lub prokurator, za którego jest obowiązek opłacenia składek na ubezpieczenia społeczne, w związku z rozwiązaniem lub wygaśnięciem stosunku służbowego
- 21 10 - dziecko lub uczeń niepodlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu
- 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 Kombatanatów i Osób Represjonowanych
- 22 30 - osoba podlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu uprawnienia do świadczeń alimentacyjnych na podstawie ugody sądowej lub prawomocnego orzeczenia sądu
- 22 40 - członek rady nadzorczej, podlegający z tego tytułu wyłącznie ubezpieczeniu zdrowotnemu
- 22 41 - członek rady nadzorczej, podlegający z tego tytułu ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym oraz ubezpieczeniu zdrowotnemu
- 22 42 - członek rady nadzorczej, podlegający z tego tytułu ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym, niepodlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu
- 24 10 - osoba objęta dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym lub wolontariusz, niepodlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu, za którego składkę na ubezpieczenie zdrowotne dobrowolnie finansuje korzystający, o którym mowa w przepisach o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie
- 25 00 - emeryt lub rencista zamieszkały, lub osoba pobierająca rodzicielskie świadczenie uzupełniające zamieszkały w Rzeczypospolitej Polskiej, którego składka na ubezpieczenie zdrowotne finansowana jest przez świadczeniobiorcę
- 25 01 - emeryt lub rencista zamieszkały w innym niż Rzeczypospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), którego składka na ubezpieczenie zdrowotne finansowana jest przez świadczeniobiorcę
- 25 10 - emeryt lub rencista zamieszkały w Rzeczypospolitej Polskiej, którego składka na ubezpieczenie zdrowotne jest finansowana z budżetu państwa
- 25 11 - emeryt lub rencista zamieszkały w innym niż Rzeczypospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), którego składka na ubezpieczenie zdrowotne finansowana jest z budżetu państwa
- 26 00 - osoba pobierająca nauczycielskie świadczenie kompensacyjne zamieszkała w Rzeczypospolitej Polskiej
- 26 01 - osoba pobierająca nauczycielskie świadczenie kompensacyjne zamieszkała w innym niż Rzeczypospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA)
- 27 00 - osoba pobierająca emeryturę pomostową zamieszkała w Rzeczypospolitej Polskiej
- 27 01 - osoba pobierająca emeryturę pomostową zamieszkała w innym niż Rzeczypospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA)



- 30 00 - osoba, za którą należy rozliczyć i opłacić składki lub należne świadczenia w dokumentach rozliczeniowych składanych nie wcześniej niż za następny miesiąc, po ustaniu tytułu do ubezpieczeń
- 50 00 - inny tytuł do ubezpieczeń
- 2. Ustalone bądź nieustalone prawo do emerytury lub renty:
  - 0 - osoba, która nie ma ustalonego prawa do emerytury lub renty
  - 1 - osoba, która ma ustalone prawo do emerytury
  - 2 - osoba, która ma ustalone prawo do renty
- 3. Stopień niepełnosprawności:
  - 0 - osoba nieposiadająca orzeczenia o niepełnosprawności lub osoba, która posiada orzeczenie i nie przedłożyła go płatnikowi składek
  - 1 - osoba, która przedłożyła płatnikowi składek orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności
  - 2 - osoba, która przedłożyła płatnikowi składek orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności
  - 3 - osoba, która przedłożyła płatnikowi składek orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności
  - 4 - osoba, która przedłożyła płatnikowi orzeczenie o niepełnosprawności wydawane osobom do 16. roku życia

**II. Kod stopnia pokrewieństwa/powinowactwa** - składa się z 2 znaków:

- 01 - małżonek
- 11 - dziecko własne, przysposobione lub dziecko małżonka
- 21 - wnuk albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej lub rodzinnego domu dziecka
- 30 - matka
- 31 - ojciec
- 32 - macocha
- 33 - ojczym
- 40 - babka
- 41 - dziadek
- 50 - osoby przysposabiające osoby ubezpieczone
- 60 - inni wstępni pozostający z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym

**III. Kod pracy w szczególnych warunkach** - składa się z 3 znaków zgodnych z załącznikiem nr 1 do ustawy z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych, z których:

- w polu pierwszym należy wpisać numer załącznika (1)
- w polu drugim i trzecim należy wpisać numer rodzaju pracy:
  - 01 - prace bezpośrednio przy przeróbce mechanicznej węgla oraz rud metali lub ich wzbogacaniu
  - 02 - prace udostępniające lub eksploatacyjne związane z urabianiem minerałów skalnych
  - 03 - prace pod ziemią bezpośrednio przy drążeniu tuneli w górotworze
  - 04 - prace bezpośrednio przy zalewaniu form odlewniczych, transportowaniu naczyń odlewniczych z płynnym, rozgrzanym materiałem (żeliwo, staliwo, metale nieżelazne i ich stopy)
  - 05 - prace bezpośrednio przy ręcznej obróbce wykańczającej odlewy: usuwanie elementów układu wlewowego, ścinanie, szlifowanie powierzchni odlewów oraz ich malowanie na gorąco
  - 06 - prace bezpośrednio przy obsłudze wielkich pieców oraz pieców stalowniczych lub odlewniczych
  - 07 - prace murarskie bezpośrednio w piecach hutniczych, odlewniczych, bateriach koksowniczych oraz w piecach do produkcji materiałów ceramicznych
  - 08 - prace bezpośrednio przy ręcznym zestawianiu surowców lub ręcznym formowaniu wyrobów szklanych w hutnictwie szkła
  - 09 - prace bezpośrednio przy kuciu ręcznym w kuźniach
  - 10 - prace bezpośrednio przy obsłudze agregatów i urządzeń do produkcji metali nieżelaznych

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

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

- w polu pierwszym należy wpisać numer załącznika (2)
- w polu drugim i trzecim należy wpisać numer rodzaju pracy:
  - 01 - prace pilotów statków powietrznych (pilot, instruktor)
  - 02 - prace kontrolerów ruchu lotniczego

- 03 - prace mechaników lotniczych związane z bezpośrednią obsługą potwierdzającą bezpieczeństwo statków powietrznych na płycie lotniska
- 04 - prace nawigatorów na statkach morskich oraz pilotów morskich
- 05 - prace maszynistów pojazdów trakcyjnych (maszynista pojazdów trakcyjnych, maszynista instruktor, maszynista zakładowy, maszynista wieloczynnościowych i ciężkich maszyn do kolejowych robót budowlanych i kolejowej sieci trakcyjnej, kierowca lokomotywy spalinowej o mocy do 300 KM, pomocnik maszynisty pojazdów trakcyjnych) i kierowników pociągów
- 06 - prace bezpośrednio przy ustawianiu drogi przebiegu pociągów i pojazdów metra (dyżurny ruchu, nastawniczy, manewrowy, ustawiacz, zwrotniczy, rewident taboru bezpośrednio potwierdzający bezpieczeństwo pociągu, dyspozytor ruchu metra, dyżurny ruchu i stacji metra)
- 07 - prace funkcjonariuszy straży ochrony kolei
- 08 - prace kierowców autobusów, trolejbusów oraz motorniczych tramwajów w transporcie publicznym
- 09 - prace kierowców pojazdów uprzywilejowanych
- 10 - prace kierowców pojazdów przewożących towary niebezpieczne wymagające oznakowania pojazdu tablicą ostrzegawczą barwy pomarańczowej, zgodnie z przepisami Umowy europejskiej dotyczącej międzynarodowego przewozu drogowego towarów niebezpiecznych (ADR), sporządzonej w Genewie dnia 30 września 1957 r.
- 11 - prace operatorów reaktorów jądrowych
- 12 - prace operatorów żurawi wieżowych, do obsługi których są wymagane uprawnienia kategorii IŻ lub równorzędne, oraz dźwignic portowych lub stoczniowych
- 13 - prace przy bezpośrednim sterowaniu procesami technologicznymi mogącymi stwarzać zagrożenie wystąpienia poważnej awarii przemysłowej ze skutkami dla bezpieczeństwa publicznego
- 14 - prace przy bezpośrednim sterowaniu procesami technicznymi mogącymi spowodować awarię techniczną z poważnymi skutkami dla bezpieczeństwa publicznego
- 15 - prace bezpośrednio przy produkcji materiałów wybuchowych, środków strzałowych, wyrobów pirotechnicznych oraz ich konfekcjonowaniu
- 16 - prace bezpośrednio przy sterowaniu blokami energetycznymi wytwarzającymi energię elektryczną lub ciepłą
- 17 - prace elektromonterów bezpośrednio przy usuwaniu awarii oraz eksploatacji napowietrznych sieci elektroenergetycznych w warunkach prac pod napięciem
- 18 - prace członków zespołów ratownictwa medycznego
- 19 - prace członków zawodowych ekip ratownictwa (chemicznego, górskiego, morskiego, górnictwa otworowego)
- 20 - prace pracowników jednostek ochrony przeciwpożarowej, o których mowa w art. 15 pkt 1a-5 i 8 ustawy z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej, uczestniczących bezpośrednio w akcjach ratowniczych
- 21 - prace nauczycieli, wychowawców i innych pracowników pedagogicznych zatrudnionych w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych, młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, ośrodkach szkolno-wychowawczych, schroniskach dla nieletnich oraz zakładach poprawczych, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich
- 22 - prace personelu sprawującego opiekę nad mieszkańcami domów pomocy społecznej dla przewlekłe psychicznie chorych, niepełnosprawnych intelektualnie dzieci i młodzieży lub dorosłych, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej
- 23 - prace personelu medycznego oddziałów psychiatrycznych i leczenia uzależnień w bezpośrednim kontakcie z pacjentami, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego
- 24 - prace personelu medycznego w zespołach operacyjnych dyscyplin zabiegowych i anesteziologii w warunkach ostrego dyżuru

- V. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia** składa się z trzech znaków:
- 01R - Dolnośląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia we Wrocławiu
  - 02R - Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Bydgoszczy
  - 03R - Lubelski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Lublinie
  - 04R - Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze
  - 05R - Łódzki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Łodzi
  - 06R - Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie
  - 07R - Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Warszawie
  - 08R - Opolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Opolu
  - 09R - Podkarpacki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Rzeszowie
  - 10R - Podlaski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Białymstoku
  - 11R - Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Gdańsku
  - 12R - Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach
  - 13R - Świętokrzyski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Kielcach
  - 14R - Warmińsko-Mazurski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Olsztynie
  - 15R - Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu
  - 16R - Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Szczecinie
- VI. Kod stopnia niepełnosprawności**
- 0 - osoba nieposiadająca orzeczenia o niepełnosprawności
  - 1 - osoba posiadająca orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności
  - 2 - osoba posiadająca orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności
  - 3 - osoba posiadająca orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności
  - 4 - osoba posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności wydawane osobom do 16. roku życia
- VII. Kod przyczyny wyrejestrowania ubezpieczonego** - składa się z 3 znaków:
- 100 - ustanie tytułu do ubezpieczeń/ubezpieczenia
  - 500 - zgon osoby ubezpieczonej
  - 600 - inna przyczyna wyrejestrowania
  - 700 - zawieszenie wykonywania pozarolniczej działalności gospodarczej na podstawie przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców
  - 800 - wyrejestrowanie pracownika w związku z przejściem zakładu pracy lub jego części na innego pracodawcę w trybie art. 23<sup>1</sup> ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy
- VIII. Kod rodzaju uprawnienia** - składa się z 2 znaków:
- 11 - wpis do ewidencji, na listę lub do rejestru
  - 31 - koncesja
  - 32 - zezwolenie
  - 34 - decyzja
  - 40 - uprawnienie inne niż wymienione wyżej
- IX. Kod przyczyny wyrejestrowania płatnika** - składa się z 3 znaków:
- 111 - zaprzestanie prowadzenia pozarolniczej działalności
  - 115 - postanowienie sądu o ukończeniu postępowania upadłościowego
  - 117 - zgon płatnika składek
  - 210 - zawieszenie wykonywania pozarolniczej działalności gospodarczej na podstawie przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców
  - 211 - wykreślenie z rejestru, ewidencji lub skreślenie z listy
  - 311 - decyzja właściwego organu o likwidacji płatnika składek będącego jednostką sektora finansów publicznych
  - 350 - wyrejestrowanie z ubezpieczeń ostatniej osoby, za którą płatnik miał obowiązek składania dokumentów ubezpieczeniowych
  - 600 - inna przyczyna wyrejestrowania
- X. Typ identyfikatora:**
- P - PESEL

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

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

1. Przerwa w opłacaniu składek:
  - 111 - urlop bezpłatny
  - 121 - urlop wychowawczy udzielony na podstawie art. 186 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy
  - 122 - urlop wychowawczy udzielony na podstawie art. 186 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy
  - 151 - okres usprawiedliwionej nieobecności w pracy, bez prawa do wynagrodzenia lub zasiłku
  - 152 - okres nieusprawiedliwionej nieobecności w pracy
2. Rodzaj świadczenia:
  - 212 - zasiłek wyrównawczy z ubezpieczenia chorobowego
  - 214 - zasiłek wyrównawczy z ubezpieczenia wypadkowego
  - 215 - wyrównanie zasiłku wyrównawczego z ubezpieczenia chorobowego
  - 216 - wyrównanie zasiłku wyrównawczego z ubezpieczenia wypadkowego
3. Rodzaj świadczenia i przerwy:
  - 311 - zasiłek macierzyński z ubezpieczenia chorobowego za okres ustalony jako okres urlopu macierzyńskiego lub urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego
  - 312 - zasiłek opiekuńczy z ubezpieczenia chorobowego
  - 313 - zasiłek chorobowy z ubezpieczenia chorobowego
  - 314 - zasiłek chorobowy z ubezpieczenia wypadkowego
  - 315 - wyrównanie zasiłku macierzyńskiego z ubezpieczenia chorobowego za okres ustalony jako okres urlopu macierzyńskiego lub urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego
  - 316 - wyrównanie zasiłku opiekuńczego z ubezpieczenia chorobowego
  - 317 - wyrównanie zasiłku chorobowego z ubezpieczenia chorobowego
  - 318 - wyrównanie zasiłku chorobowego z ubezpieczenia wypadkowego
  - 319 - zasiłek macierzyński z ubezpieczenia chorobowego za okres ustalony jako okres urlopu rodzicielskiego
  - 320 - wyrównanie zasiłku macierzyńskiego z ubezpieczenia chorobowego za okres ustalony jako okres urlopu rodzicielskiego
  - 321 - świadczenie rehabilitacyjne z ubezpieczenia chorobowego
  - 322 - świadczenie rehabilitacyjne z ubezpieczenia wypadkowego
  - 323 - wyrównanie świadczenia rehabilitacyjnego z ubezpieczenia chorobowego
  - 324 - wyrównanie świadczenia rehabilitacyjnego z ubezpieczenia wypadkowego
  - 325 - zasiłek macierzyński z ubezpieczenia chorobowego za okres ustalony jako okres dodatkowego urlopu macierzyńskiego lub dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego
  - 326 - wyrównanie zasiłku macierzyńskiego z ubezpieczenia chorobowego za okres ustalony jako okres dodatkowego urlopu macierzyńskiego lub dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego
  - 327 - zasiłek macierzyński z ubezpieczenia chorobowego za okres ustalony jako okres urlopu ojcowskiego
  - 328 - wyrównanie zasiłku macierzyńskiego z ubezpieczenia chorobowego za okres ustalony jako okres urlopu ojcowskiego
  - 329 - podwyższenie zasiłku macierzyńskiego do kwoty świadczenia rodzicielskiego
  - 331 - wynagrodzenie za czas niezdolności do pracy z powodu choroby, finansowane ze środków pracodawcy
  - 332 - wynagrodzenie za czas niezdolności do pracy z powodu choroby, finansowane ze środków Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych
  - 335 - wyrównanie wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy z powodu choroby, finansowane ze środków pracodawcy

- 336 - wyrównanie wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy z powodu choroby, finansowane ze środków Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych
- 350 - inne świadczenia/przerwy

**XII. Kod terminu przesyłania deklaracji i raportów:**

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

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

- 1 - w przypadku gdy informację o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek przekazał ubezpieczony
- 2 - w przypadku gdy informację o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek przekazał płatnik składek
- 3 - w przypadku gdy informację o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek przekazał Zakład Ubezpieczeń Społecznych

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

- 1) 01 - dla deklaracji rozliczeniowej i imiennego raportu miesięcznego  
02-39 włącznie - dla deklaracji rozliczeniowej korygującej i imiennego raportu miesięcznego korygującego
- 2) w przypadku:
  - a) powiatowych urzędów pracy, za bezrobotnych oraz osoby pobierające stypendium w okresie odbywania szkolenia, stażu lub przygotowania zawodowego w miejscu pracy, na które zostały skierowane przez powiatowy urząd pracy,
  - b) wojskowych biur emerytalnych, Zakładu Emerytalno-Rentowego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Biura Emerytalnego Służby Więziennej, za emerytów i rencistów,
  - c) jednostek organizacyjnych pomocy społecznej albo wójtów, burmistrzów i prezydentów miast, za osoby pobierające świadczenia rodzinne oraz za osoby korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej, za które opłacane są składki,
  - d) banków rozliczających składki na ubezpieczenie zdrowotne w przypadku dokonywania wypłaty emerytury lub renty z zagranicy,
  - e) innych podmiotów rozliczających składki na ubezpieczenie zdrowotne w przypadku dokonywania wypłat emerytury lub renty z zagranicy,
  - f) instytucji rozliczającej składki na ubezpieczenie zdrowotne, dokonującej wypłaty renty strukturalnej zgodnie z przepisami o rentach strukturalnych i przepisami o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich ze środków pochodzących z sekcji Gwarancji Europejskiego Funduszu Orientacji i Gwarancji Rolnej oraz przepisami o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich z udziałem środków Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich,
  - g) centrum integracji społecznej za osoby pobierające świadczenie integracyjne,  
51 - dla deklaracji rozliczeniowej i imiennego raportu miesięcznego  
52-69 włącznie - dla deklaracji rozliczeniowej korygującej i imiennego raportu miesięcznego korygującego

- 3) w przypadku ZUS za emerytów i rencistów oraz osoby pobierające zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne:
  - 51 - dla deklaracji rozliczeniowej i imiennego raportu miesięcznego
  - 52-89 włącznie - dla deklaracji rozliczeniowej korygującej i imiennego raportu miesięcznego korygującego
- 4) w przypadku sędziów, prokuratorów, żołnierzy lub funkcjonariuszy, za których powstał obowiązek opłacania składek na ubezpieczenia społeczne:
  - 70 - dla deklaracji rozliczeniowej i imiennego raportu miesięcznego
  - 71-79 włącznie - dla deklaracji rozliczeniowej korygującej i imiennego raportu miesięcznego korygującego
- 5) w przypadku deklaracji rozliczeniowej i imiennego raportu miesięcznego za dany miesiąc kalendarzowy, składanych przez syndyka upadłości za okres od dnia ogłoszenia upadłości:
  - 80 - dla deklaracji rozliczeniowej i imiennego raportu miesięcznego
  - 81-89 włącznie - dla deklaracji rozliczeniowej korygującej i imiennego raportu miesięcznego korygującego
- 6) w przypadku płatników składek opłacających składki wyłącznie na własne ubezpieczenia, składających za dany miesiąc więcej niż jedną deklarację rozliczeniową z różnymi kodami tytułu ubezpieczenia:
  - 01 - dla pierwszej deklaracji rozliczeniowej składanej za dany miesiąc
  - 02-39 włącznie - dla deklaracji rozliczeniowej korygującej składanej do deklaracji oznaczonej numerem 01
  - 40 - dla drugiej deklaracji rozliczeniowej składanej za dany miesiąc
  - 41-49 włącznie - dla deklaracji rozliczeniowej korygującej składanej do deklaracji oznaczonej numerem 40
  - 51 - dla trzeciej deklaracji rozliczeniowej składanej za dany miesiąc
  - 52 -69 włącznie - dla deklaracji rozliczeniowej korygującej składanej do deklaracji oznaczonej numerem 51
- 7) w przypadku płatników składek zobowiązanych do sporządzenia i przekazania dokumentów rozliczeniowych za osobę sprawującą opiekę nad dziećmi na podstawie umowy uaktywniającej w rozumieniu ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3:
  - 40 - dla deklaracji rozliczeniowej i imiennego raportu miesięcznego
  - 41-49 włącznie - dla deklaracji rozliczeniowej korygującej i imiennego raportu miesięcznego korygującego

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

**XV. Kod wygaśnięcia / kod trybu rozwiązania stosunku pracy / stosunku służbowego - składa się z 3 znaków, z których wpisana w polu 3 litera:**

- R - oznacza ustanie stosunku pracy / stosunku służbowego w wyniku jego rozwiązania
- W - oznacza ustanie stosunku pracy / stosunku służbowego w wyniku jego wygaśnięcia
- 20R - bez wypowiedzenia, przez pracownika w związku przejściem zakładu pracy lub jego części na innego pracodawcę
- 21R - w wyniku niezgodnienia nowych warunków pracy i płacy, zaproponowanych przez pracodawcę z dniem przejścia zakładu pracy lub jego części
- 22R - na mocy porozumienia stron
- 23R - wypowiedzenie przez pracodawcę
- 24R - wypowiedzenie przez pracownika
- 25R - bez wypowiedzenia przez pracodawcę, naruszenie obowiązków pracowniczych
- 26R - bez wypowiedzenia przez pracodawcę, popełnienie przestępstwa
- 27R - bez wypowiedzenia przez pracodawcę, utrata koniecznych uprawnień
- 28R - z upływem czasu, na który była zawarta umowa o pracę
- 29R - z dniem ukończenia pracy, dla której wykonania była zawarta umowa
- 30R - ze skróconym okresem wypowiedzenia, w trybie art. 36<sup>1</sup> ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy albo na podstawie przepisów innych ustaw
- 31R - przywrócenie do pracy i zatrudnienie u innego pracodawcy
- 32R - bez wypowiedzenia przez pracodawcę, niezdolność do pracy dłuższa niż 3 mies.

- 33R - bez wypowiedzenia przez pracodawcę, wyczerpanie okresu zasiłkowego, pobierania świadczenia rehabilitacyjnego
- 34R - bez wypowiedzenia przez pracodawcę, usprawiedliwiona nieobecność dłuższa niż 1 mies.
- 35R - bez wypowiedzenia przez pracownika, orzeczenie o szkodliwym wpływie wykonywanej pracy na zdrowie
- 36R - bez wypowiedzenia przez pracownika, naruszenie obowiązków przez pracodawcę
- 37R - w przypadkach określonych w przepisach szczególnych, innych niż określone w części XVI
- 38R - powołanie u innego pracodawcy
- 39R - odwołanie
- 40R - odwołanie bez wypowiedzenia
- 41R - wygaśnięcie mandatu
- 42R - z pracownikiem młodocianym w związku z orzeczeniem lekarskim o pracy zagrażającej zdrowiu
- 43R - z przyczyn niedotyczących pracownika, grupowe zwolnienie - porozumienie stron
- 44R - z przyczyn niedotyczących pracownika, grupowe zwolnienie - wypowiedzenie
- 45R - z przyczyn niedotyczących pracownika, indywidualne zwolnienie - wypowiedzenie
- 46R - z przyczyn niedotyczących pracownika, indywidualne zwolnienie - porozumienie stron
- 47W - brak powrotu do pracy po zakończeniu stosunku pracy z wyboru
- 48W - śmierć pracownika
- 49W - śmierć pracodawcy
- 50W - tymczasowe aresztowanie
- 51W - powołanie do zawodowej służby wojskowej
- 52W - brak powrotu do pracy po zwolnieniu z czynnej służby wojskowej
- 53W - w przypadkach określonych w przepisach szczególnych, innych niż określone w części XVI

**XVI. Kod podstawy prawnej rozwiązania lub wygaśnięcia stosunku pracy lub stosunku służbowego - składa się z 3 znaków**

- 400 - art. 23<sup>1</sup> § 4 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy
- 401 - art. 23<sup>1</sup> § 5 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy
- 402 - art. 30 § 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy
- 403 - art. 30 § 1 pkt 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy
- 404 - art. 30 § 1 pkt 3 w związku z art. 52 § 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy
- 405 - art. 30 § 1 pkt 3 w związku z art. 52 § 1 pkt 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy
- 406 - art. 30 § 1 pkt 3 w związku z art. 52 § 1 pkt 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy
- 407 - art. 30 § 1 pkt 4 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy
- 408 - art. 30 § 1 pkt 5 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy w brzmieniu obowiązującym do dnia 21 lutego 2016 r.
- 409 - art. 42 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy
- 410 - art. 48 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy
- 411 - art. 30 § 1 pkt 3 w związku z art. 53 § 1 pkt 1 lit. a ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy
- 412 - art. 30 § 1 pkt 3 w związku z art. 53 § 1 pkt 1 lit. b ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy
- 413 - art. 30 § 1 pkt 3 w związku z art. 53 § 1 pkt 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy
- 414 - art. 30 § 1 pkt 3 w związku z art. 55 § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy
- 415 - art. 30 § 1 pkt 3 w związku z art. 55 § 1<sup>1</sup> ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy
- 416 - art. 68<sup>3</sup> ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy
- 417 - art. 70 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy
- 418 - art. 70 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy



- 419 - art. 73 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy
- 420 - art. 201 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy
- 421 - art. 30 § 1 pkt 2 w związku z art. 1 ust. 1 ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników
- 422 - art. 30 § 1 pkt 2 w związku z art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników
- 423 - art. 74 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy
- 424 - art. 63<sup>1</sup> § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy
- 425 - art. 63<sup>2</sup> § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy
- 426 - art. 66 § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy
- 427 - art. 63 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy w związku z art. 18 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2003 r. o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych
- 428 - art. 63 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy w związku z art. 122 ust. 1 ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej
- 429 - art. 30 § 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy w związku z art. 2 ust. 1 pkt 29 lit. a ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy
- 430 - art. 30 § 1 pkt 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy w związku z art. 2 ust. 1 pkt 29 lit. a ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy
- 431 - art. 30 § 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy w związku z art. 2 ust. 1 pkt 29 lit. b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy
- 432 - art. 30 § 1 pkt 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy w związku z art. 2 ust. 1 pkt 29 lit. b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy
- 433 - art. 30 § 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy w związku z art. 3 ustawy z dnia 13 lipca 2006 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy
- 434 - art. 30 § 1 pkt 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy w związku z art. 3 ustawy z dnia 13 lipca 2006 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy
- 435 - art. 30 § 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy w związku z art. 4 ustawy z dnia 13 lipca 2006 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy
- 436 - art. 30 § 1 pkt 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy w związku z art. 4 ustawy z dnia 13 lipca 2006 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy
- 437 - art. 30 § 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy w związku z art. 5 ustawy z dnia 13 lipca 2006 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy
- 438 - art. 30 § 1 pkt 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy w związku z art. 5 ustawy z dnia 13 lipca 2006 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy
- 439 - art. 30 § 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy w związku z art. 6 ustawy z dnia 13 lipca 2006 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy
- 440 - art. 30 § 1 pkt 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy w związku z art. 6 ustawy z dnia 13 lipca 2006 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy
- 441 - art. 30 § 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy w związku z art. 8 ustawy z dnia 13 lipca 2006 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy

- 442 - art. 30 § 1 pkt 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy w związku z art. 8 ustawy z dnia 13 lipca 2006 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy
- 443 - art. 30 § 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy w związku z art. 8a ustawy z dnia 13 lipca 2006 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy
- 444 - art. 30 § 1 pkt 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy w związku z art. 8a ustawy z dnia 13 lipca 2006 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy
- 445 - art. 27 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. o kuratorach sądowych
- 446 - art. 62 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 13 kwietnia 2007 r. o Państwowej Inspekcji Pracy
- 447 - art. 71 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 21 listopada 2008 r. o służbie cywilnej
- 448 - art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 16 września 1982 r. o pracownikach urzędów państwowych
- 449 - art. 170 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 16 listopada 2016 r. – Przepisy wprowadzające ustawę o Krajowej Administracji Skarbowej
- 450 - art. 97 ust. 3 ustawy z dnia 16 grudnia 2016 r. – Przepisy wprowadzające ustawę o zasadach zarządzania mieniem państwowym
- 451 - art. 30 § 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy w okolicznościach określonych w art. 20 ust. 1 pkt 1 lub pkt 2 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela
- 452 - art. 30 § 1 pkt 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy w okolicznościach określonych w art. 20 ust. 1 pkt 1 lub pkt 2 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela
- 453 - art. 20 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela
- 454 - art. 20 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela
- 455 - art. 20 ust. 5c ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela
- 457 - art. 20 ust. 7 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela
- 458 - art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela
- 459 - art. 23 ust. 4 pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela
- 460 - art. 27 ust. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela
- 461 - art. 225 ust. 1, 6 i 10 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Przepisy wprowadzające ustawę - Prawo oświatowe
- 462 - art. 225 ust. 7 pkt 1 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Przepisy wprowadzające ustawę - Prawo oświatowe
- 463 - art. 226 ust. 1 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Przepisy wprowadzające ustawę - Prawo oświatowe
- 550 - inna niż określona w kodach od 400 do 455 i od 457 do 463 - podstawa prawna rozwiązania lub wygaśnięcia stosunku pracy lub stosunku służbowego

**XVII. Kod pracy w szczególnych warunkach, o której mowa w art. 32 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych:**

- 1) 5 pierwszych znaków jest zgodne z załącznikiem do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 7 lutego 1983 r. w sprawie wieku emerytalnego pracowników zatrudnionych w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze, 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 1983 r.
  - 02 - zarządzenie nr 9 Ministra Budownictwa i Przemysłu Materiałów Budowlanych z dnia 1 sierpnia 1983 r.
  - 03 - zarządzenie nr 41 Ministra Finansów z dnia 17 maja 1985 r.

- 04 - zarządzenie nr 17 Ministra Górnictwa i Energetyki z dnia 12 sierpnia 1983 r.
- 05 - zarządzenie nr 19 Ministra Handlu Wewnętrznego i Usług z dnia 10 listopada 1986 r.
- 06 - zarządzenie nr 3 Ministra Hutnictwa i Przemysłu Maszynowego z dnia 30 marca 1985 r.
- 07 - zarządzenie nr 64 Ministra Komunikacji z dnia 29 czerwca 1983 r.
- 08 - zarządzenie nr 50 Ministra Handlu Zagranicznego z dnia 13 grudnia 1983 r.
- 09 - zarządzenie nr 26 Ministra Kultury i Sztuki z dnia 1 lipca 1983 r.
- 10 - zarządzenie nr 33 Ministra Łączności z dnia 16 maja 1983 r.
- 11 - zarządzenie nr 28 Ministra Pracy, Płac i Spraw Socjalnych z dnia 30 lipca 1986 r.
- 12 - zarządzenie nr 37 Ministra Nauki, Szkolnictwa Wyższego i Techniki z dnia 25 października 1983 r.
- 13 - zarządzenie nr 48 Ministra Obrony Narodowej z dnia 12 września 1983 r.
- 14 - zarządzenie nr DK 4-1000-1/84 Ministra Oświaty i Wychowania z dnia 15 czerwca 1984 r.
- 15 - zarządzenie nr 16 Ministra Rolnictwa, Leśnictwa i Gospodarki Żywnościowej z dnia 31 marca 1988 r.
- 16 - zarządzenie nr 11/86 Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 4 marca 1986 r.
- 17 - zarządzenie nr 51/83/CZZK Ministra Sprawiedliwości z dnia 20 października 1983 r.
- 18 - zarządzenie nr 7 Ministra Przemysłu Chemicznego i Lekkiego z dnia 7 lipca 1987 r.
- 19 - zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 12 lipca 1983 r.
- 20 - zarządzenie nr 9 Ministra Gospodarki Materiałowej z dnia 31 maja 1983 r.
- 21 - zarządzenie nr 9 Prezesa Centralnego Urzędu Geologii z dnia 4 lipca 1983 r.
- 22 - zarządzenie nr 11 Przewodniczącego Komitetu do Spraw Młodzieży i Kultury Fizycznej z dnia 1 lipca 1988 r.
- 23 - zarządzenie nr 24 Ministra - Kierownika Urzędu Gospodarki Morskiej z dnia 15 sierpnia 1983 r.
- 24 - zarządzenie nr 24 Prezesa Polskiego Komitetu Normalizacji, Norm i Jakości z dnia 6 czerwca 1983 r.
- 25 - uchwała nr 64/83 Zarządu Głównego Centralnego Związku Spółdzielni Rolniczych „Samopomoc Chłopska” z dnia 25 lipca 1983 r.
- 26 - uchwała nr 184 Zarządu Centralnego Związku Spółdzielni Budownictwa Mieszkaniowego z dnia 20 maja 1983 r.
- 27 - uchwała nr 80/83 Zarządu Centralnego Związku Spółdzielczości Pracy z dnia 30 czerwca 1983 r.
- 28 - uchwała nr 38 Zarządu „Społem” Centralnego Związku Spółdzielni Spożywców z dnia 11 lipca 1983 r.
- 29 - uchwała nr 106 Zarządu Centralnego Związku Spółdzielni Inwalidów z dnia 20 lipca 1983 r.
- 30 - uchwała nr 16/83 Zarządu Centralnego Związku Spółdzielni Mleczarskich z dnia 27 czerwca 1983 r.
- 31 - uchwała nr 14/84 Zarządu Centrali i Spółdzielni Ogrodniczych i Pszczelarskich z dnia 23 marca 1984 r.
- 32 - zarządzenie nr 21 Prezesa Robotniczej Spółdzielni Wydawniczej „Prasa - Książka - Ruch” z dnia 21 października 1983 r.
- 33 - uchwała nr 41/83 Zarządu Głównego Związku Zakładów Doskonalenia Zawodowego z dnia 28 września 1983 r.
- 34 - zarządzenie nr 47 Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 17 czerwca 1983 r.
- 35 - zarządzenie nr 20 Sekretarza Naukowego Polskiej Akademii Nauk z dnia 16 czerwca 1983 r.
- 36 - zarządzenie nr 12/83 Naczelnego Redaktora Polskiej Agencji Prasowej PAP z dnia 31 maja 1983 r.
- 37 - uchwała nr 22 Zarządu „Cepelii” Centralnego Związku Spółdzielni Rękodziela Ludowego i Artystycznego z dnia 1 czerwca 1983 r.
- 38 - zarządzenie Prezesa Narodowego Banku Polskiego z dnia 17 maja 1983 r. (zmienione zarządzeniem Prezesa Narodowego Banku Polskiego nr 5/87 z dnia 7 października 1987 r. i nr 1/90 z dnia 1 sierpnia 1990 r.)
- 39 - uchwała nr 62 Zarządu Centralnego Związku Spółdzielni Niewidomych z dnia 15 lipca 1983 r.

- 40 - zarządzenie nr 24 Przewodniczącego Komitetu do spraw Radia i Telewizji „Polskie Radio i Telewizja” z dnia 15 lipca 1988 r.
  - 41 - uchwała Prezydium Zarządu Stowarzyszenia „PAX” z dnia 28 grudnia 1983 r.
  - 42 - uchwała nr 19/84 Zarządu Centralnego Związku Budowlanych Spółdzielni Pracy z dnia 24 kwietnia 1984 r.
  - 43 - uchwała nr XXVIII/193/84 Zarządu Centralnego Związku Rolniczych Spółdzielni Produkcyjnych z dnia 15 marca 1984 r.
  - 44 - zarządzenie nr 17 Ministra - Kierownika Urzędu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej z dnia 2 sierpnia 1985 r.
  - 45 - zarządzenie nr 1/89 Ministra - Kierownika Urzędu do Spraw Wyznań z dnia 6 stycznia 1989 r.
  - 46 - uchwała nr 24 Zarządu Krajowego Związku Rolników, Kółek i Organizacji Rolniczych z dnia 14 czerwca 1983 r.
  - 47 - zarządzenie nr 2 Prezesa Państwowej Agencji Atomistyki z dnia 20 lutego 1989 r.
- 3) 8 i 9 znak jest to numer określający stanowisko pracy jako punkt w pozycji rodzaj pracy - określony w wykazie szczegółowym stanowiącym załącznik do uchwały lub zarządzenia resortowego, stosowanego przez płatnika składek na podstawie odrębnych przepisów.

**XVIII. Kod pracy w szczególnym charakterze, o której mowa w art. 32 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych:**

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 1983 r. 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 organach prasowych, informacyjnych, publicystycznych albo fotograficznych objętych układem zbiorowym pracy dziennikarzy
- 000320305 - nauczyciel, wychowawca lub inny pracownik pedagogiczny wykonujący pracę nauczycielską, wymienioną w art. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela
- 000320307 - pracownik jednostek ochrony przeciwpożarowej, o których mowa w art. 15 pkt 1a-5 i 8 ustawy z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej