



DZIENNIK USTAW

RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 28 grudnia 2020 r.

Poz. 2366

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA RODZINY I POLITYKI SPOŁECZNEJ¹⁾

z dnia 20 grudnia 2020 r.

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

Na podstawie art. 49 ust. 2 i 4 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 266, z późn. zm.²⁾) 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;

¹⁾ Minister Rodziny i Polityki Społecznej kieruje działem administracji rządowej – zabezpieczenie społeczne, na podstawie § 1 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 6 października 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Rodziny i Polityki Społecznej (Dz. U. poz. 1723).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2020 r. poz. 321, 568, 695, 875, 1291 i 2320.

- 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;
- 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, stanowiący 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;
- 24) zgłoszenie umowy o dzieło – o symbolu RUD, stanowiące załącznik nr 24 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 25 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 Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 grudnia 2018 r. w sprawie określenia wzorów zgłoszeń do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego, imiennych raportów miesięcznych i imiennych raportów miesięcznych korygujących, zgłoszeń płatnika składek, deklaracji rozliczeniowych i deklaracji rozliczeniowych korygujących, zgłoszeń danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, raportów informacyjnych, oświadczeń o zamiarze przekazania raportów informacyjnych oraz

innych dokumentów (Dz. U. poz. 2495 oraz z 2020 r. poz. 81, 102 i 2125), obowiązujące w okresie, za który dokument ten został złożony.

§ 5. Do dokumentów przekazywanych za okresy przypadające przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia stosuje się wzory dokumentów w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem.

§ 6. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2021 r.³⁾

Minister Rodziny i Polityki Społecznej: *M. Maląg*

³⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 grudnia 2018 r. w sprawie określenia wzorów zgłoszeń do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego, imiennych raportów miesięcznych i imiennych raportów miesięcznych korygujących, zgłoszeń płatnika składek, deklaracji rozliczeniowych i deklaracji rozliczeniowych korygujących, zgłoszeń danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, raportów informacyjnych, oświadczeń o zamiarze przekazania raportów informacyjnych oraz innych dokumentów (Dz. U. poz. 2495 oraz z 2020 r. poz. 81, 102 i 2125), które na podstawie art. 22 pkt 3 ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 568, 695, 1086, 1262, 1478, 1747, 2157 i 2255) traci moc z dniem 1 stycznia 2021 r.

Załączniki do rozporządzenia Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 20 grudnia 2020 r. (poz. 2366)

Załącznik nr 1

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH		ZUS	ZUA	strona: 1	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ	
I. DANE ORGANIZACYJNE						
01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ (jeśli TAK, wpisać X)		02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych ¹⁾)				
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)		04. Nalepka „R”				
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK						
01. Numer NIP (wpisać bez kresek)			02. Numer REGON			
03. Numer PESEL ²⁾			04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2		05. Seria i numer dokumentu	
06. Nazwa skrócona						
07. Nazwisko						
08. Imię pierwsze				09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)		
III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ						
01. Numer PESEL ²⁾		02.		03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)		04. Seria i numer dokumentu
05. Nazwisko						
06. Imię pierwsze				07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)		
IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ						
01. Imię drugie						
02. Nazwisko rodowe						
03. Obywatelstwo						
04. Płeć (wpisać: K - kobieta, M - mężczyzna)						
V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA						
01. Kod tytułu ubezpieczenia ³⁾						
VI. DANE O OBOWIĄZKOWYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH						
01. Data powstania obowiązku ubezpieczeń (dd / mm / rrrr)		Osoba zgłaszana podlega ubezpieczeniom: (wpisać X w odpowiednim polu)				
		02. Emerytalnemu		04. Chorobowemu		
		03. Rentowym		05. Wypadkowemu		
VII. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM						
01. Data powstania obowiązku ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)		02. Kod oddziału NFZ				
VIII. DANE O DOBROWOLNYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH						
Wnoszę o objęcie ubezpieczeniami: (wpisać X w odpowiednim polu)						
01. Emerytalnym		03. Rentowymi		05. Chorobowym		
02. Od dnia (dd / mm / rrrr)		04. Od dnia (dd / mm / rrrr)		06. Od dnia (dd / mm / rrrr)		
IX. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM						
01. Data rozpoczęcia ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)		02. Kod oddziału NFZ				
X. INNE DANE O OSOBIE ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ⁴⁾						
01. Kod wykonywanego zawodu		02. Kod pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze		03. Okres pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze (dd / mm / rrrr)		

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEN SPOŁECZNYCH	ZUS	ZUA	strona: 2	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEN / 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 składek lub osoby upoważnionej

03. Pieczęćka płatnika składek

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

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

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

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

I. DANE ORGANIZACYJNE

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

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

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

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

01. Zgłoszenie nowego członka rodziny (wpisać - 1) / wyrejestrowanie członka rodziny (wpisać - 2)	02. Data uzyskania / utraty uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego przez członka rodziny (dd / mm / rrrr)
03. Numer PESEL ¹⁾	04. Numer NIP (wpisać bez kresek) ²⁾
05. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)	06. Seria i numer dokumentu
07. Nazwisko	
08. Imię pierwsze	09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)
10. Kod stopnia pokrewieństwa / powinowactwa	11. Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną? Jeśli TAK, wpisać X.
12. Kod stopnia niepełnosprawności	

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

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

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

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE 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

<input type="checkbox"/> 01. Zgłoszenie nowego członka rodziny (wpisać - 1) / <input type="checkbox"/> wyrejestrowanie członka rodziny (wpisać - 2)	<input type="checkbox"/> 02. Data uzyskania / utraty uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego przez członka rodziny (dd / mm / rrrr)
03. Numer PESEL ¹⁾	04. Numer NIP (wpisać bez kresek) ²⁾
05. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)	06. Seria i numer dokumentu
07. Nazwisko	
08. Imię pierwsze	
09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
<input type="checkbox"/> 10. Kod stopnia pokrewieństwa / powinowactwa	<input type="checkbox"/> 11. Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną? Jeśli TAK, wpisać X.
<input type="checkbox"/> 12. Kod stopnia niepełnosprawności	

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)

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

02. Podpis płatnika składek lub osoby upoważnionej

03. Pieczęć płatnika składek

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.

01. Podpis osoby ubezpieczonej

VIII. ADNOTACJE ZUS

Area for additional notes from ZUS.

¹⁾ Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.
²⁾ Pole wypełnia się, o ile zgłoszenie / wyrejestrowanie dotyczy członka rodziny zgłoszonego przed dniem 1 września 2011 r. wyłącznie z numerem NIP.

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

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

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

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO (jeśli TAK, wpisać X) 02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH¹⁾

03. Data nadania (dd / mm / rrrr) 04. Nalepka „R”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

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

03. Numer PESEL²⁾ 04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2 05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

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

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA

01. Numer PESEL²⁾ 02. 03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04) 04. Seria i numer dokumentu

05. Nazwisko

06. Imię pierwsze 07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA

IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA

01. Imię drugie

02. Nazwisko rodowe

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

V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA

01. Kod tytułu ubezpieczenia³⁾

VI. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

01. Data powstania obowiązku ubezpieczenia (dd / mm / rrrr) 02. Kod oddziału NFZ

VII. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

01. Data rozpoczęcia ubezpieczenia (dd / mm / rrrr) 02. Kod oddziału NFZ

VIII. ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU

01. Kod pocztowy 02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu 06. Numer lokalu

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

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	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. Pieczęćka 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

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

PLATNIK WYPELNIŁA 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

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL¹⁾

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

01. Numer PESEL¹⁾

02. Numer NIP (wpisać bez kresek)²⁾

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

01. Numer PESEL¹⁾

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 składek lub osoby upoważnionej

03. Pieczętka płatnika składek

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

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

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

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZWUA	WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ
-----------------------------------	----------	-------------------------------

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ (jeżeli TAK, wpisać X) 02. ZGŁOSZENIE KOREKTY DANYCH O WYREJESTROWANIU Z UBEZPIECZEŃ (jeżeli TAK, wpisać X)

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 PESEL¹⁾ 04. Rodzaj dokumentu: 05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona jeżeli dowód osobisty, wpisać 1, jeżeli paszport - 2

07. Nazwisko

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

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY WYREJESTROWYWANEJ Z UBEZPIECZEŃ

01. Numer PESEL¹⁾ 02. Numer NIP (wpisać bez kresek)²⁾ 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. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ

01. Kod tytułu ubezpieczenia 02. Wyrejestrowanie z ubezpieczeń od dnia (dd / mm / rrrr) 03. Kod przyczyny wyrejestrowania

V. ROZWIĄZANIE/ WYGAŚNIĘCIE 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. Jeżeli w polu 03 podałeś kod 550 - wpisz podstawę prawną rozwiązania/ wygaśnięcia stosunku pracy/ stosunku służbowego

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

VI. 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 składek lub osoby upoważnionej

03. Pieczęćka płatnika składek

VII. OŚWIADCZENIE OSOBY WYREJESTROWYWANEJ Z UBEZPIECZEŃ

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 wyrejestrowywanej z ubezpieczeń

VIII. ADNOTACJE ZUS

¹⁾ Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.
²⁾ Pole wypełnia się, o ile wyrejestrowanie dotyczy osoby zgłoszonej do ubezpieczeń przed dniem 1 września 2011 r. wyłącznie z numerem NIP.

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

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

IDENTYFIKACYJNE
PŁATNIKA SKŁADEK

I. DANE ORGANIZACYJNE

<p>01. ZGŁOSZENIE PŁATNIKA SKŁADEK (wpisać X)</p> <p>03. Data nadania (dd / mm / rrrr)</p>	<p>02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH PŁATNIKA SKŁADEK (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych) ¹⁾</p> <p>04. Nalepka „R”</p>
--	---

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 27.08.2009 r. o finansach publicznych? Jeśli TAK, wpisać X.	
03. Czy płatnik jest zakładem budżetowym lub gospodarstwem pomocniczym w rozumieniu ustawy z dnia 27.08.2009 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 składek lub osoby upoważnionej

03. Pieczęć płatnika składek

IX. ADNOTACJE ZUS

¹⁾ W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZIPA.

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZFA	strona: 1	ZGŁOSZENIE / ZMIANA DANYCH PLATNIKA SKŁADEK - OSOBY FIZYCZNEJ
-----------------------------------	----------------	------------------	--

I. DANE ORGANIZACYJNE

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

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)	02. Numer REGON
03. Numer PESEL ²⁾	05. Seria i numer dokumentu
06. Nazwa skrócona	04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, <input type="checkbox"/> jeśli paszport - 2 <input type="checkbox"/>
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
<input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> 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 MASZYNIE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

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

VII. ADRES ZAMIESZKANIA PŁATNIKA 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 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

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 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 (jeśli posiada)
--	--------------------------------------

XI. ADNOTACJE ZUS

¹⁾ W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZIPA.
²⁾ 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 KOŁOREM.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZIPA	ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH PŁATNIKA SKŁADEK
-----------------------------------	----------	---

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2)

02. Data nadania (dd / mm / rrrr)

03. Nalepka „R”

II. POPRZEDNIE DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL¹⁾

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. AKTUALNE DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL¹⁾

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)

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. Pieczętka płatnika
--	------------------------

V. ADNOTACJE ZUS

¹⁾ 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

<input type="checkbox"/> 01. WYREJESTROWANIE PŁATNIKA SKŁADEK Jeśli TAK, wpisać X.	<input type="checkbox"/> 02. ZGŁOSZENIE KOREKTY DANYCH WYREJESTROWANIA PŁATNIKA SKŁADEK Jeśli TAK, wpisać X.
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)	04. Nalepka „R”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PŁATNIKA SKŁADEK

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

III. DANE O WYREJESTROWANIU PŁATNIKA SKŁADEK

01. Kod przyczyny wyrejestrowania	02. Data wyrejestrowania (dd / mm / rrrr)
-----------------------------------	---

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. Pieczęćka płatnika
--	------------------------

V. ADNOTACJE ZUS

¹⁾ 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 ZBA** INFORMACJA O NUMERACH RACHUNKÓW BANKOWYCH 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 PESEL¹⁾

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. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PLATNIKA SKŁADEK

01. Nowy rachunek (wpisać - 1) /
zamknięcie rachunku (wpisać - 2)

02. Numer rachunku

IV. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PLATNIKA SKŁADEK

01. Nowy rachunek (wpisać - 1) /
zamknięcie rachunku (wpisać - 2)

02. Numer rachunku

V. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PLATNIKA SKŁADEK

01. Nowy rachunek (wpisać - 1) /
zamknięcie rachunku (wpisać - 2)

02. Numer rachunku

VI. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PLATNIKA SKŁADEK

01. Nowy rachunek (wpisać - 1) /
zamknięcie rachunku (wpisać - 2)

02. Numer rachunku

VII. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PLATNIKA SKŁADEK

01. Nowy rachunek (wpisać - 1) /
zamknięcie rachunku (wpisać - 2)

02. Numer rachunku

VIII. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PLATNIKA SKŁADEK

01. Nowy rachunek (wpisać - 1) /
zamknięcie rachunku (wpisać - 2)

02. Numer rachunku

IX. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / 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

¹⁾ 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 ZAA	strona: 1	ADRESY PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PLATNIKA SKŁADEK
-----------------------------------	---------	-----------	--

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Data nadania (dd / mm / rrrr)

02. Nalepka „R”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL¹⁾

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

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PLATNIKA SKŁADEK

III. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PLATNIKA

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

02. Kod pocztowy

03. Miejscowość

04. Gmina / Dzielnica

05. Ulica

06. Numer domu

07. Numer lokalu

08. Numer telefonu

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

IV. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PLATNIKA

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

02. Kod pocztowy

03. Miejscowość

04. Gmina / Dzielnica

05. Ulica

06. Numer domu

07. Numer lokalu

08. Numer telefonu

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

V. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PLATNIKA

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

02. Kod pocztowy

03. Miejscowość

04. Gmina / Dzielnica

05. Ulica

06. Numer domu

07. Numer lokalu

08. Numer telefonu

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

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

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

VI. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PLATNIKA

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

02. Kod pocztowy 03. Miejscowość

04. Gmina / Dzielnica

05. Ulica

06. Numer domu 07. Numer lokalu

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

VII. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PLATNIKA

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

02. Kod pocztowy 03. Miejscowość

04. Gmina / Dzielnica

05. Ulica

06. Numer domu 07. Numer lokalu

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

VIII. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PLATNIKA

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

02. Kod pocztowy 03. Miejscowość

04. Gmina / Dzielnica

05. Ulica

06. Numer domu 07. Numer lokalu

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

IX. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

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

X. ADNOTACJE ZUS

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

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

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

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

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

III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko	03. Typ	04. Identyfikator
02. Imię pierwsze		

III. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia	02. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe	03. Wymiar czasu pracy
------------------------------	---	------------------------

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBY	WYPADKOWE
04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI			05.	06.
SKŁADKA FINANSOWANA PRZEZ:				
ubezpieczonego	07.	08.	09.	10.
płatnika składek	11.	12.	13.	14.
budżet państwa	15.	16.	17.	18.
PFRON ²⁾	19.	20.	21.	22.
Fundusz Kościelny	23.	24.	25.	26.

27. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składki w ramach pracowniczego programu emerytalnego

28. Kwota wpłaty w ramach pracowniczego planu kapitałowego finansowana przez płatnika składek

29. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.26)

III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Podstawa wymiaru składki	03. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS
02. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika składek ³⁾	05. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny
04. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego	

III. D. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA ⁴⁾

01. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego	02. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego
03. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego	04. Łączna kwota wypłaconych zasiłków (p.01 + p.02 + p.03)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

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

IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

IV. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia

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

03. Wymiar czasu pracy

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBOWE	WYPADKOWE
04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	zł, gr	05. zł, gr	06. zł, gr	
07. SKŁADKA FINANSOWANA PRZEZ: ubezpieczonego	zł, gr	08. zł, gr	09. zł, gr	10. zł, gr
11. płatnika składek	zł, gr	12. zł, gr	13. zł, gr	14. zł, gr
15. budżetu państwa	zł, gr	16. zł, gr	17. zł, gr	18. zł, gr
19. PFRON ¹⁾	zł, gr	20. zł, gr	21. zł, gr	22. zł, gr
23. Fundusz Kościelny	zł, gr	24. zł, gr	25. zł, gr	26. zł, gr
27. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składki w ramach pracowniczego programu emerytalnego	zł, gr			
28. Kwota wpłaty w ramach pracowniczego planu kapitałowego finansowana przez płatnika składek	zł, gr		29. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.26)	zł, gr

IV. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Podstawa wymiaru składki

02. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika składek²⁾

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 PAŃSTWA³⁾

01. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego

02. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego

03. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego

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

V. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

02. Podpis płatnika składek lub osoby upoważnionej

03. Pieczęć płatnika składek

VI. ADNOTACJE ZUS

¹⁾ Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.
²⁾ Pól nie wypełnia się w dokumentach za okres od stycznia 2008 r., a w razie składania korekt za okres do grudnia 2007 r. może zostać wykazana kwota nie wyższa od kwoty dofinansowania uwzględnionego w raporcie za ten okres, złożonym nie później niż w dniu 30 czerwca 2008 r.
³⁾ W tym polu należy także wykazać kwotę składki finansowaną z budżetu państwa, jeśli dotację otrzymuje płatnik składek.
⁴⁾ Blok ten należy wypełnić tylko w przypadku składania korekt dokumentów, w których płatnik składek wykazał świadczenia finansowane z budżetu państwa należne za okres do dnia 31 sierpnia 2006 r.

IV. 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 RCA cz. II	IMIENNY RAPORT cz. II DLA OSOBY FIZYCZNEJ WYKONUJĄCEJ DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ NA MNIJSZĄ SKALĘ, KTÓRA KORZYSTA Z OBNIŻENIA SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE
-----------------------------------	-----------------------	--

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer)

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

05. Znak i numer decyzji pokontrolnej

03. Data nadania (dd / mm / rrrr)

04. Nalepka „R”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL¹⁾

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. PODSTAWA WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE

01. Przychód z działalności gospodarczej za ubiegły rok kalendarzowy²⁾ (p.IV.01 + p.IV.03 + p.IV.05) zł, gr

03. Dochód z działalności gospodarczej za ubiegły rok kalendarzowy³⁾ (p.IV.02 + p.IV.04 + p.IV.06) zł, gr

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

IV. FORMA OPODATKOWANIA OBOWIĄZUJĄCA W UBIEGLYM ROKU KALENDARZOWYM ORAZ PRZYCHÓD I DOCHÓD⁴⁾

A. Karta podatkowa

01. Kwota przychodu zł, gr

02. Kwota dochodu⁵⁾ zł, gr

B. Ryczałt od przychodów ewidencjonowanych

03. Kwota przychodu zł, gr

04. Kwota dochodu⁵⁾ zł, gr

C. Opodatkowanie na zasadach ogólnych (podatek według skali lub podatek liniowy)

05. Kwota przychodu zł, gr

06. Kwota dochodu zł, gr

V. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

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

VI. ADNOTACJE ZUS

¹⁾ Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.
²⁾ W polu tym wykaż roczny przychód z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej w ubiegłym roku kalendarzowym.
³⁾ W polu tym wykaż roczny dochód z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej w ubiegłym roku kalendarzowym.
⁴⁾ W bloku tym wskaż właściwą lub właściwe dla siebie formy opodatkowania z ubiegłego roku kalendarzowego.
⁵⁾ W polu tym wykaż kwotę odpowiadającą połowie kwoty przychodu.

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS	RZA	strona: 1	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE
--------------------------------	-----	-----	-----------	--

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

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL¹⁾

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. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Podstawa wymiaru składki

03. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika²⁾

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

IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ
01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ 04. Identyfikator

IV. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Podstawa wymiaru składki

03. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika²⁾

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

V. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ
01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ 04. Identyfikator

V. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Podstawa wymiaru składki

03. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika²⁾

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

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

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 płatnika²⁾

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 płatnika²⁾

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

05. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego

06. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny

VIII. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

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

IX. ADNOTACJE ZUS

¹⁾ Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.
²⁾ W polu tym należy także wykazać kwotę składki finansowaną z budżetu państwa, jeśli dotację otrzymuje płatnik.

PLATNIK WYPELNI 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) <input type="text"/>
II.	DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK 01. Numer NIP (wpisać bez kresek) <input type="text"/> 02. Numer REGON <input type="text"/> 03. Numer PESEL ¹⁾ <input type="text"/> 04. Rodzaj dokumentu: <input type="text"/> 05. Seria i numer dokumentu <input type="text"/> jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2 06. Nazwa skrócona <input type="text"/> 07. Nazwisko <input type="text"/> 08. Imię pierwsze <input type="text"/> 09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr) <input type="text"/>
III.	A. Dane identyfikacyjne osoby ubezpieczonej 01. Nazwisko <input type="text"/> 02. Imię pierwsze <input type="text"/> 03. Typ <input type="text"/> 04. Identyfikator <input type="text"/>
III.	B. Rodzaje i okresy przerw w opłaceniu składek i zestawienie wypłaconych świadczeń / wynagrodzeń za czas absencji chorobowej 01. Kod tytułu ubezpieczenia <input type="text"/> 02. Kod świadczenia / przerwy <input type="text"/> 03. Od (dd / mm / rrrr) <input type="text"/> 04. Do (dd / mm / rrrr) <input type="text"/> 05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat <input type="text"/> 06. Kwota <input type="text"/> zł, gr <input type="text"/>
IV.	A. Dane identyfikacyjne osoby ubezpieczonej 01. Nazwisko <input type="text"/> 02. Imię pierwsze <input type="text"/> 03. Typ <input type="text"/> 04. Identyfikator <input type="text"/>
IV.	B. Rodzaje i okresy przerw w opłaceniu składek i zestawienie wypłaconych świadczeń / wynagrodzeń za czas absencji chorobowej 01. Kod tytułu ubezpieczenia <input type="text"/> 02. Kod świadczenia / przerwy <input type="text"/> 03. Od (dd / mm / rrrr) <input type="text"/> 04. Do (dd / mm / rrrr) <input type="text"/> 05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat <input type="text"/> 06. Kwota <input type="text"/> zł, gr <input type="text"/>
V.	A. Dane identyfikacyjne osoby ubezpieczonej 01. Nazwisko <input type="text"/> 02. Imię pierwsze <input type="text"/> 03. Typ <input type="text"/> 04. Identyfikator <input type="text"/>
V.	B. Rodzaje i okresy przerw w opłaceniu składek i zestawienie wypłaconych świadczeń / wynagrodzeń za czas absencji chorobowej 01. Kod tytułu ubezpieczenia <input type="text"/> 02. Kod świadczenia / przerwy <input type="text"/> 03. Od (dd / mm / rrrr) <input type="text"/> 04. Do (dd / mm / rrrr) <input type="text"/> 05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat <input type="text"/> 06. Kwota <input type="text"/> zł, gr <input type="text"/>
VI.	A. Dane identyfikacyjne osoby ubezpieczonej 01. Nazwisko <input type="text"/> 02. Imię pierwsze <input type="text"/> 03. Typ <input type="text"/> 04. Identyfikator <input type="text"/>
VI.	B. Rodzaje i okresy przerw w opłaceniu składek i zestawienie wypłaconych świadczeń / wynagrodzeń za czas absencji chorobowej 01. Kod tytułu ubezpieczenia <input type="text"/> 02. Kod świadczenia / przerwy <input type="text"/> 03. Od (dd / mm / rrrr) <input type="text"/> 04. Do (dd / mm / rrrr) <input type="text"/> 05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat <input type="text"/> 06. Kwota <input type="text"/> zł, gr <input type="text"/>

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. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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 zł, gr

VIII. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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 zł, gr

IX. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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 zł, gr

X. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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 zł, gr

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. Pieczęć płatnika
--	----------------------

XII. ADNOTACJE ZUS

¹⁾ 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 RPA	strona: 1	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O PRZYCHODACH UBEZPIECZONEGO/ OKRESACH PRACY NAUCZYCIELSKIEJ
--------------------------------	---------	-----------	--

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

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL¹⁾

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

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

III. 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 CHOROBOWEGO, MACIERZYŃSKIEGO, OPIEKUŃCZEGO, ŚWIADCZENIA REHABILITACYJNEGO, KTÓRY W OKRESIE POBIERANIA TEGO WYNAGRODZENIA LUB ZASIŁKU NIE STANOWIŁ PODSTAWY WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE

01. Kwota

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

01. Przychód za rok	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 MASZYNE 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 NAUCZYCIELSKIEJ¹⁾

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. Pieczęćka płatnika

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

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

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS	DRA	strona: 1	DEKLARACJA ROZLICZENIOWA			
I. DANE ORGANIZACYJNE							
01. Termin przysyłania deklaracji i raportów		02. Identyfikator deklaracji (numer / mm / rrrr)		05. Znak i numer decyzji pokontrolnej			
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)		04. Nalepka „R”					
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK							
01. Numer NIP (wpisać bez kresek)		02. Numer REGON					
03. Numer PESEL ¹⁾		05. Seria i numer dokumentu					
06. Nazwa skrócona		04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2					
07. Nazwisko		09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)					
08. Imię pierwsze							
III. INNE INFORMACJE							
01. Liczba ubezpieczonych		02. Wniosek pracodawcy o dofinansowanie składek za osoby niepełnosprawne ze środków PFRON i budżetu państwa ²⁾		03. Stopa procentowa składek na ubezpieczenie wypadkowe			
				%			
IV. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE ORAZ ŹRÓDEŁ FINANSOWANIA							
SUMY SKŁADEK	01. Kwota składek na ubezpieczenie emerytalne		02. Kwota składek na ubezpieczenia rentowe		03. Suma kwot składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe		
	zi, gr		zi, gr		zi, gr		
	SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:	04. ubezpieczonych		05. ubezpieczonych		06. (p. 04 + p. 05)	
		zi, gr		zi, gr		zi, gr	
		07. płatnika składek		08. płatnika składek		09. (p. 07 + p. 08)	
		zi, gr		zi, gr		zi, gr	
		10. budżet państwa		11. budżet państwa		12. (p. 10 + p. 11)	
zi, gr		zi, gr		zi, gr			
13. PFRON ²⁾		14. PFRON ²⁾		15. (p. 13 + p. 14)			
zi, gr		zi, gr		zi, gr			
16. Fundusz Kościelny		17. Fundusz Kościelny		18. (p. 16 + p. 17)			
zi, gr		zi, gr		zi, gr			
SUMY SKŁADEK	19. Kwota składek na ubezpieczenie chorobowe		20. Kwota składek na ubezpieczenie wypadkowe		21. Suma kwot składek na ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe		
	zi, gr		zi, gr		zi, gr		
	SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:	22. ubezpieczonych		23. ubezpieczonych		24. (p. 22 + p. 23)	
		zi, gr		zi, gr		zi, gr	
		25. płatnika składek		26. płatnika składek		27. (p. 25 + p. 26)	
		zi, gr		zi, gr		zi, gr	
		28. budżet państwa		29. budżet państwa		30. (p. 28 + p. 29)	
zi, gr		zi, gr		zi, gr			
31. PFRON ²⁾		32. PFRON ²⁾		33. (p. 31 + p. 32)			
zi, gr		zi, gr		zi, gr			
34. Fundusz Kościelny		35. Fundusz Kościelny		36. (p. 34 + p. 35)			
zi, gr		zi, gr		zi, gr			
37. Kwota składek na ubezpieczenia społeczne, które powinien przekazać płatnik składek (p. 06 + p. 09 + p. 24 + p. 27)					zi, gr		
V. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ PODLEGAJĄCYCH ROZLICZENIU W CIĘŻAR SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE							
01. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego		zi, gr		03. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego		zi, gr	
02. Kwota wynagrodzenia należnego płatnikowi składek od wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego		zi, gr		04. Kwota wypłaconych świadczeń finansowanych z FUS ³⁾		zi, gr	
05. Łączna kwota do potrącenia (p. 01 + p. 02 + p. 03 + p. 04)					zi, gr		

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

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

VI. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kwota należnych składek finansowana przez płatnika składek ⁴⁾

02. Kwota należnych składek finansowana przez ubezpieczonych

03. Kwota należnych składek finansowana przez Fundusz Kościelny

04. Kwota należnych składek finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS

05. Kwota należnych składek do przekazania przez płatnika składek (p. 01 + p. 02)

06. Kwota należnego wynagrodzenia dla płatnika składek ⁵⁾

07. Kwota do zapłaty (p. 05 – p. 06)

VII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FP I FS ORAZ FGŚP

01. Kwota należnych składek na Fundusz Pracy i Fundusz Solidarnościowy ⁶⁾

02. Kwota należnych składek na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych

03. Kwota do zapłaty (p. 01 + p. 02)

VIII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FUNDUSZ EMERYTUR POMOSTOWYCH

01. Liczba pracowników, za których jest opłacana składka na Fundusz Emerytur Pomostowych

02. Liczba stanowisk pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze

03. Suma należnych składek na Fundusz Emerytur Pomostowych

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 ⁷⁾

02. Kwota do zapłaty

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe

03. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe

04. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie wypadkowe

05. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne

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

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 składek lub osoby upoważnionej

03. Pieczęć płatnika składek

Pouczenie: W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. IX.02 lub wpłacania jej w niepełnej wysokości, niniejsza deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz. U. z 2020 r. poz. 1427)

XII. ADNOTACJE ZUS

¹⁾ Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.
²⁾ Pół nie wypełnia się w dokumentach za okres od stycznia 2008 r., a w razie składania korekt za okres do grudnia 2007 r. może zostać wykazana kwota nie wyższa od kwoty dofinansowania uwzględnionego w deklaracji za ten okres, złożonej nie później niż w dniu 30 czerwca 2008 r.
³⁾ W polu należy wykazać wypłacaną za okres od stycznia 2016 r. kwotę podwyższenia zasiłku macierzyńskiego do wysokości kwoty świadczenia rodzicielskiego finansowanego z funduszu chorobowego.
⁴⁾ W polu tym należy także wykazać kwotę składek finansowanych z budżetu państwa, jeżeli dotację otrzymuje płatnik składek.
⁵⁾ Za okres od 1 kwietnia 2003 r. płatnik składek nie ma prawa do wynagrodzenia za rozliczenie składek na ubezpieczenie zdrowotne.
⁶⁾ Za okres od stycznia 2019 r. kwotę należnych składek stanowi suma stóp procentowych na Fundusz Pracy i Solidarnościowy Fundusz Wsparcia Osób Niepełnosprawnych, a od stycznia 2020 r. na Fundusz Pracy i Fundusz Solidarnościowy.
⁷⁾ Kwota nadpłaty, zgodnie z art. 24 ust. 6a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 266, 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	ZUS DRA cz. II	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
-----------------------------------	-----------------------	--

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator deklaracji (numer)	02. Rok, na który jest ustalona podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe	05. Znak i numer decyzji pokontrolnej
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)	04. Nalepka „R”	

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEKII. DANE IDENTYFIKACYJNE
PŁATNIKA SKŁADEK

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

III. PODSTAWA WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE

01. Przychód z działalności gospodarczej za ubiegły rok kalendarzowy ²⁾ (p.IV.01 + p.IV.03 + p.IV.05)	03. Dochód z działalności gospodarczej za ubiegły rok kalendarzowy ³⁾ (p.IV.02 + p.IV.04 + p.IV.06)
02. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe	

IV. FORMA OPODATKOWANIA OBOWIĄZUJĄCA W UBIEGLYM ROKU KALENDARZOWYM ORAZ PRZYCHÓD I DOCHÓD⁴⁾

A. Karta podatkowa	
01. Kwota przychodu	02. Kwota dochodu ⁵⁾
03. Kwota przychodu	04. Kwota dochodu ⁵⁾
C. Opodatkowanie na zasadach ogólnych (podatek według skali lub podatek liniowy)	
05. Kwota przychodu	06. Kwota dochodu

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. Pieczęćka płatnika
--	------------------------

VI. ADNOTACJE ZUS

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

²⁾ W polu tym wykaż roczny przychód z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej w ubiegłym roku kalendarzowym.

³⁾ W polu tym wykaż roczny dochód z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej w ubiegłym roku kalendarzowym.

⁴⁾ W bloku tym wskaż właściwą lub właściwe dla siebie formy opodatkowania z ubiegłego roku kalendarzowego.

⁵⁾ W polu tym wykaż kwotę odpowiadającą połowie kwoty przychodu.

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

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP
 02. Numer REGON
 03. Numer PESEL¹⁾
 04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2
 05. Seria i numer dokumentu
 06. Nazwisko
 07. Imię pierwsze
 08. Nazwa skrócona
 09. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko
 02. Imię pierwsze
 03. Typ
 04. Identyfikator

III. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

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

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBOWE	WYPADKOWE
05. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	06. Wymiar czasu	07. Wymiar czasu		
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:				
ubezpieczonych	08. zł, gr	09. zł, gr	10. zł, gr	11. zł, gr
płatnika składek	12. zł, gr	13. zł, gr	14. zł, gr	15. zł, gr
budżet państwa	16. zł, gr	17. zł, gr	18. zł, gr	19. zł, gr
PFRON ²⁾	20. zł, gr	21. zł, gr	22. zł, gr	23. zł, gr
Fundusz Kościelny	24. zł, gr	25. zł, gr	26. zł, gr	27. zł, gr

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

III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

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

III. D. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ I WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ ORAZ RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK

01. Kod świadczenia / przerwy
 02. Okres od-do (dd/mm/rrrr)
 03. Liczba dni zasiłkowych / wypłat
 04. Kwota zł, gr

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH strona: 2 **INFORMACJA MIESIĘCZNA DLA OSOBY UBEZPIECZONEJ**

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

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

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

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

III. G. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, OBOK WYNAGRODZENIA ZA CZAS NIEZDOLNOŚCI DO PRACY, ZASIŁKU 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 NAUCZYCIELSKIEJ⁴⁾

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(-na) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

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

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

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

³⁾W tym polu należy także wykazać kwotę składki finansowaną z budżetu państwa, jeśli dotację otrzymuje płatnik składek.

⁴⁾Okres wykonywania pracy nauczycielskiej w placówkach, o których mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 22 maja 2009 r. o nauczycielskich świadczeniach kompensacyjnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 128).

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH strona: 1 INFORMACJA ROCZNA DLA OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK
01. Numer NIP
02. Numer REGON
03. Numer PESEL¹⁾
04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2
05. Seria i numer dokumentu
06. Nazwisko
07. Imię pierwsze
08. Nazwa skrócona
09. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

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

OKRES ROZLICZENIOWY (mm/rrrr)

III. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE
01. Kod tytułu ubezpieczenia
02. Kod NFZ
03. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe
04. Wymiar czasu

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBY	WYPADKOWE
PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	05. zł; gr		06. zł; gr	07. zł; gr
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:				
ubezpieczonych	08. zł; gr	09. zł; gr	10. zł; gr	11. zł; gr
płatnika składek	12. zł; gr	13. zł; gr	14. zł; gr	15. zł; gr
budżetu państwa	16. zł; gr	17. zł; gr	18. zł; gr	19. zł; gr
PFRON ²⁾	20. zł; gr	21. zł; gr	22. zł; gr	23. zł; gr
Fundusz Kościelny	24. zł; gr	25. zł; gr	26. zł; gr	27. zł; gr

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

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

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

III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Podstawa wymiaru składki zł; gr

02. Kwota należnej składki finansowanej przez płatnika składek³⁾ zł; gr

03. Kwota należnej składki finansowanej przez ubezpieczonego zł; gr

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

05. Kwota należnej składki finansowanej przez Fundusz Kościelny zł; gr

III. D. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ I WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBY ORAZ RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK

01. Kod świadczenia / przerwy
02. Okres od-do (dd/mm/rrrr) -
03. Liczba dni zasiłkowych / wypłat
04. Kwota zł; gr

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

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

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

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

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

01. Kwota

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

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

III. I. OKRESY WYKONYWANIA PRACY NAUCZYCIELSKIEJ⁴⁾

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

IV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

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

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

⁰⁾ Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.

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

³⁾ W tym polu należy także wykazać kwotę składki finansowaną z budżetu państwa, jeśli dotację otrzymuje płatnik składek.

⁴⁾ 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 MASZYNI LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

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

I. DANE ORGANIZACYJNE			
01. Identyfikator zgłoszenia		02. Data nadania (dd / mm / rrrr)	03. Nalepka "R"
Nr	Nr	R	R

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PLATNIKA SKŁADEK

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

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

III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY WYKONUJĄCEJ PRACĘ W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH LUB O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE							
01. ZGŁOSZENIE DANYCH (jeśli TAK, wpisać X)		02. ZGŁOSZENIE KOREKTY DANYCH (jeśli TAK, wpisać X)		03. Numer PESEL ¹⁾			
04.		05. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)		06. Seria i numer dokumentu			
07. Nazwisko		08. Imię pierwsze		09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)			
III. B. DANE O PRACY W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH / O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE							
01. Kod tytułu ubezpieczenia		02. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze		03. 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			

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

IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY WYKONUJĄCEJ PRACĘ W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH LUB O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE							
01. ZGŁOSZENIE DANYCH (jeśli TAK, wpisać X)		02. ZGŁOSZENIE KOREKTY DANYCH (jeśli TAK, wpisać X)		03. Numer PESEL ¹⁾			
04.		05. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)		06. Seria i numer dokumentu			
07. Nazwisko		08. Imię pierwsze		09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)			
IV. B. DANE O PRACY W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH / O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE							
01. Kod tytułu ubezpieczenia		02. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze		03. 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 WYPELNI POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VII. 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 zatajenie prawdy**

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

VII. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

VIII. ADNOTACJE ZUS

¹⁾ 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	ZUS RIA	strona: 1	RAPORT INFORMACYJNY
-----------------------------------	----------------	-----------	----------------------------

I. DANE ORGANIZACYJNE

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

02. Data nadania (dd / mm / rrrr)

03. Nalepka „R”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGION

03. Numer PESEL¹⁾

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

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PŁATNIKA SKŁADEK

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. 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.

<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>
---	---	--

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 RIA	strona: 2	RAPORT INFORMACYJNY
--------------------------------	----------------	-----------	----------------------------

46. Rok wypłaty	47. Przychód za rok	48. Kwota
49. Rok wypłaty	50. Przychód za rok	51. Kwota
52. Rok wypłaty	53. Przychód za rok	54. Kwota
55. Rok wypłaty	56. Przychód za rok	57. Kwota
58. Rok wypłaty	59. Przychód za rok	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	02. Przychód za rok	03. Kwota
04. Rok wypłaty	05. Przychód za rok	06. Kwota
07. Rok wypłaty	08. Przychód za rok	09. Kwota
10. Rok wypłaty	11. Przychód za rok	12. Kwota
13. Rok wypłaty	14. Przychód za rok	15. Kwota
16. Rok wypłaty	17. Przychód za rok	18. Kwota
19. Rok wypłaty	20. Przychód za rok	21. Kwota
22. Rok wypłaty	23. Przychód za rok	24. Kwota
25. Rok wypłaty	26. Przychód za rok	27. Kwota
28. Rok wypłaty	29. Przychód za rok	30. Kwota
31. Rok wypłaty	32. Przychód za rok	33. Kwota
34. Rok wypłaty	35. Przychód za rok	36. Kwota
37. Rok wypłaty	38. Przychód za rok	39. Kwota
40. Rok wypłaty	41. Przychód za rok	42. Kwota
43. Rok wypłaty	44. Przychód za rok	45. Kwota
46. Rok wypłaty	47. Przychód za rok	48. Kwota
49. Rok wypłaty	50. Przychód za rok	51. Kwota
52. Rok wypłaty	53. Przychód za rok	54. Kwota
55. Rok wypłaty	56. Przychód za rok	57. Kwota
58. Rok wypłaty	59. Przychód za rok	60. Kwota

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

01. Rok wypłaty	02. Przychód za rok	03. Kwota
04. Rok wypłaty	05. Przychód za rok	06. Kwota
07. Rok wypłaty	08. Przychód za rok	09. Kwota

DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS RIA	strona: 3	RAPORT INFORMACYJNY
-----------------------------------	---------	------------------	---------------------

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

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)	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"/>
07. Okres od (dd / mm / rrrr)	08. Okres do (dd / mm / rrrr)	09. Wymiar zajęć
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. Okres od (dd / mm / rrrr)	11. Okres do (dd / mm / rrrr)	12. Wymiar zajęć
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 2019 r. poz. 2215) - OD 1.01.1999 r. DO 31.12.2008 r.

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. 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)	06. Okres do (dd / mm / rrrr)	07. Wymiar zajęć
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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 WYPELNIÄ 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 style="width: 100%;" type="text"/>	10. Okres do (dd / mm / rrrr) <input style="width: 100%;" type="text"/>	11. Wymiar zajęć <input style="width: 100%;" type="text"/>
12. Praca w szkolnictwie specjalnym, o której mowa w art. 88 Karty Nauczyciela - jeśli TAK, wpisz X <input style="float: right;" type="checkbox"/>		
13. Okres od (dd / mm / rrrr) <input style="width: 100%;" type="text"/>	14. Okres do (dd / mm / rrrr) <input style="width: 100%;" type="text"/>	15. Wymiar zajęć <input style="width: 100%;" type="text"/>
16. Praca w szkolnictwie specjalnym, o której mowa w art. 88 Karty Nauczyciela - jeśli TAK, wpisz X <input style="float: right;" 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 2020 r. poz. 53, 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	ZUS RIA	strona: 5	RAPORT INFORMACYJNY
-----------------------------------	----------------	------------------	----------------------------

DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

--

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

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

XI. OKRESY WYKONYWANIA PRACY W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH LUB O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE, O KTÓREJ MOWA W ART. 3 UST. 1 I 3 USTAWY Z DNIA 19 GRUDNIA 2008 r. O EMERYTURACH POMOSTOWYCH (Dz. U. z 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 / rrrr)	03. Okres do (dd / mm / rrrr)	04. Wymiar czasu pracy
05. Kod pracy w szczególnych warunkach/ o szczególnym charakterze	06. Okres od (dd / mm / rrrr)	07. Okres do (dd / mm / rrrr)	08. Wymiar czasu pracy

XII. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

--

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

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

⁹ 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	ZUS OSW	OŚWIADCZENIE O ZAMIARZE PRZEKAZANIA RAPORTÓW INFORMACYJNYCH
-----------------------------------	----------------	--

I. DANE IDENTYFIKACYJNE
PLATNIKA SKŁADEK

I. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

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

II. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Oświadczam, że zamierzam przekazać raporty informacyjne ²⁾ - jeśli TAK, wpisz X	<input type="checkbox"/>
02. Odwołuję oświadczenie o zamiarze przekazania raportów informacyjnych ³⁾ - jeśli TAK, wpisz X	<input type="checkbox"/>

III. DATA WYPEŁNIENIA OŚWIADCZENIA

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

02. Podpis płatnika składek lub osoby upoważnionej

03. Pieczęćka płatnika składek

¹⁾Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.
²⁾Zgodnie z art. 41a ust. 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 266, z późn. zm.) złożenie oświadczenia powoduje obowiązek przekazania raportów informacyjnych za wszystkich ubezpieczonych.
³⁾Zgodnie z art. 41a ust. 3 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 266, z późn. zm.) oświadczenie można odwołać do czasu złożenia pierwszego raportu informacyjnego.

ZGŁOSZENIE UMOWY O DZIEŁO**ZGŁOSZENIE****KOREKTA ZGŁOSZENIA****Instrukcja wypełniania**

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Pola wyboru zaznacz znakiem **X**
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)
4. W bloku I podaj **adres do korespondencji** w tej sprawie
5. W bloku II podaj adres zamieszkania wykonawcy umowy o dzieło. Podaj również jego adres do korespondencji, jeśli jest inny niż adres zamieszkania.

I. Dane zamawiającego wykonanie umowy o dzieło

NIP	<input type="text"/>		
REGON	<input type="text"/>		
PESEL	<input type="text"/>		
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input type="text"/>		
	Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL		
Data urodzenia	<input type="text"/>		
	dd / mm / rrrr Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL		
Imię	<input type="text"/>		
Nazwisko	<input type="text"/>		
Nazwa skrócona	<input type="text"/>		
Ulica	<input type="text"/>		
Numer domu	<input type="text"/>	Numer lokalu	<input type="text"/>
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>
Numer telefonu	<input type="text"/>		
Adres e-mail	<input type="text"/>		

II. Dane wykonawcy umowy o dzieło

PESEL	<input type="text"/>
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input type="text"/>
	Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL
Data urodzenia	<input type="text"/>
	dd / mm / rrrr Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL
Imię	<input type="text"/>
Nazwisko	<input type="text"/>

RUD**Adres zamieszkania**

Ulica	<input type="text"/>		
Numer domu	<input type="text"/>	Numer lokalu	<input type="text"/>
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>
Nazwa państwa	<input type="text"/>		

Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

Adres do korespondencji

Podaj, jeśli adres do korespondencji, jest inny niż adres zamieszkania.

Ulica	<input type="text"/>		
Numer domu	<input type="text"/>	Numer lokalu	<input type="text"/>
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>
Nazwa państwa	<input type="text"/>		

Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

Numer telefonu	<input type="text"/>
Adres e-mail	<input type="text"/>

III. Informacja o zawartych umowach o dzieło

1. Data zawarcia umowy Data rozpoczęcia wykonywania dzieła Data zakończenia wykonywania dzieła

Przedmiot umowy

2. Data zawarcia umowy Data rozpoczęcia wykonywania dzieła Data zakończenia wykonywania dzieła

Przedmiot umowy

Liczba zawartych umów o dzieło

IV. Oświadczenie**Oświadczam, że podane dane są zgodne ze stanem faktycznym.**

Data

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
dd	/	mm	/	rrrr					

Czytelny podpis osoby, która zamawia wykonanie umowy o dzieło

Informacje, o których mowa w art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), są dostępne w centrali lub terenowych jednostkach organizacyjnych ZUS oraz na stronie internetowej ZUS pod adresem: <https://bip.zus.pl/rodo>

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 oraz akcjonariusz prostej spółki akcyjnej wnoszący jako wkład świadczenie pracy lub usług
- 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 00 - osoba pobierająca dodatek solidarnościowy
- 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, postulante 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 ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność
- 12 60 - osoba sprawująca osobistą opiekę nad dzieckiem, która bezpośrednio przed sprawowaniem opieki podlegała ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym jako zleceniobiorca
- 12 70 - osoba sprawująca osobistą opiekę nad dzieckiem, która bezpośrednio przed podjęciem opieki podlegała ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym jako osoba współpracująca z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność albo ze zleceniobiorcą
- 12 80 - osoba sprawująca osobistą opiekę nad dzieckiem, która bezpośrednio przed podjęciem opieki podlegała ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym jako osoba duchowna
- 12 90 - osoba sprawująca osobistą opiekę nad dzieckiem, podlegająca wyłącznie ubezpieczeniu emerytalnemu
- 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 zobowiązana 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 lub osoba represjonowana albo działacz opozycji antykomunistycznej lub osoba represjonowana z powodów politycznych, za których składki na ubezpieczenie zdrowotne ma obowiązek opłacać Szef Urzędu do Spraw Kombatanów 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 Rzeczpospolita 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 Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), którego składka na ubezpieczenie zdrowotne finansowana jest z budżetu państwa
- 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 izolacyjnoegzotermicznych 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 szkliwieniu 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 łukowym 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 walczków 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 elektryków 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 przewlekle 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 anestezjologii 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 o swobodzie działalności gospodarczej
- 800 - wyrejestrowanie pracownika w związku z przejściem zakładu pracy lub jego części na innego pracodawcę w trybie art. 23¹ 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 o swobodzie działalności gospodarczej

- 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 współników spółek (jednoosobowych z ograniczoną odpowiedzialnością, cywilnych, jawnych, komandytowych, partnerskich), którzy opłacają składki wyłącznie za siebie, natomiast spółka zatrudnia pracowników lub inne osoby, podlegające z tego tytułu ubezpieczeniom, oraz przez osoby podlegające dobrowolnie ubezpieczeniu zdrowotnemu
- 5 - dla deklaracji składanych za sędziów, 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 łącznie - 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 korygującegoNumer 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, z przyczyn nietyczących pracowników
- 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 nietyczących pracownika, grupowe zwolnienie- porozumienie stron
- 44R - z przyczyn nietyczących pracownika, grupowe zwolnienie - wypowiedzenie
- 45R - z przyczyn nietyczących pracownika, indywidualne zwolnienie - wypowiedzenie
- 46R - z przyczyn nietyczących 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. 23¹ § 4 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy
- 401 - art. 23¹ § 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. 36¹ § 1 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 § 1¹ ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r.- Kodeks pracy
- 416 - art. 68³ 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 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r.- Kodeks pracy 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 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r.- Kodeks pracy 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. 63¹ § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r.- Kodeks pracy
- 425 - art. 63² § 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 związku z art. 20 ust. 1 pkt 1 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 związku z art. 20 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. - Karta Nauczyciela
- 453 - art. 30 § 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r.- Kodeks pracy w związku z art. 20 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. - Karta Nauczyciela
- 454 - art. 30 § 1 pkt 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r.- Kodeks pracy w związku z 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
- 456 - art. 20 ust. 6 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 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 Rękodzieła 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, Kótek 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