

## 1457

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

z dnia 6 sierpnia 2003 r.

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

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

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

1) w § 1:

a) w ust. 1:

— pkt 6 i 7 otrzymują brzmienie:

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

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

— uchyla się pkt 8 i 11,

b) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

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

2) § 2 otrzymuje brzmienie:

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

nostkach organizacyjnych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz na stronach internetowych Zakładu.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, nie wpi-suje się:

1) w dokumencie o symbolu ZUS ZUA informacji o:

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

b) okresie, na jaki został orzeczoney stopień niepeł-nosprawności,

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Minister Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej:

J. Hausner

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

Załącznik nr 1

PŁATNIK WYPEŁNIA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE  
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBLESKIM KOLOREM, PRZED WYPEŁNIENIEM ZAPOZNAC SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

KARTASZ UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	<b>ZUS ZUA</b>	strona 1	<b>ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>
<b>I. DANE ORGANIZACYJNE</b>			
01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH I DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO I		02. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH <sup>1)</sup>	
03. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ		04. Inne dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych <sup>2)</sup>	
04. Data nadania (dd / mm / rrrr)		05. Nalepka "R"	
<b>II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK</b>			
01. NIP (wpisać bez kropek)		02. REGION	
03. PESEL		INNY NUMER	
04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2		05. Seria i numer dokumentu	
06. Nazwa skrócona		07. Nazwisko	
08. Imię skrócone		09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
<b>III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ</b>			
01. PESEL		02. NIP (wpisać bez kropek)	
03. Nazwisko		04. Rodzaj dokumentu (wpisać jak pole II.04)	
05. Imię skrócone		06. Seria i numer dokumentu	
07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)			
<b>IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ</b>			
01. Imię drugie		02. Nazwisko rodowe	
03. Obywatelstwo		04. Płeć (wpisać: K - kobieta, M - mężczyzna)	
05.		06.	
<b>V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA</b>			
01. Kod tytułu ubezpieczenia <sup>3)</sup>		02.	
<b>VI. DANE O OBOWIĄZKOWYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH</b>			
01.		02. Data powstania obowiązku ubezpieczeń (dd / mm / rrrr)	
Osoby zgłaszane podlegają ubezpieczeniom (wpisać X w odpowiednim polu)			
03. Emerytalnemu		04. Rentowemu	
05. Chorobowemu		06. Wypadkowemu	
<b>VII. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM</b>			
01. Data powstania obowiązku ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)			
<b>VIII. DANE O DOBROWOLNYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH</b>			
Wnoszą o objęcie ubezpieczeniem (wpisać X w odpowiednim polu):			
01. Emerytalnym		02. Od dnia (dd / mm / rrrr)	
03. Rentowym		04. Od dnia (dd / mm / rrrr)	
05. Chorobowym		06. Od dnia (dd / mm / rrrr)	
<b>IX. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM</b>			
01. Data rozpoczęcia ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)		02.	
<b>X. INNE DANE O OSOBE ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ</b>			
01.		02.	
03.		04.	
05. Kod wykonywanego zawodu <sup>4)</sup>		06.	
07.		08.	

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	<b>ZUS ZUA</b>	strona <b>2</b>	<b>ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>
-----------------------------------	----------------	-----------------	---

**X. INNE DANE O OSOBIE ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ c.d.**  
 09. Kod pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze: 3) 10. Czas pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze (dd / mm / rrrr)

**XI. DANE O ODDZIALE NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**  
 01. Kod oddziału<sup>02</sup>  
 NFZ 03.

**XII. ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU**  
 01. Kod pocztowy 02. Miejscowość  
 03. Gmina / Dzielnica  
 04. Ulica  
 05. Numer domu 06. Numer lokalu  
 07. Numer telefonu 08. Numer faksu

**XIII. ADRES ZAMIESZKANIA** (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu)  
 01. Kod pocztowy 02. Miejscowość  
 03. Gmina / Dzielnica  
 04. Ulica  
 05. Numer domu 06. Numer lokalu  
 07. Numer telefonu 08. Numer faksu

**XIV. ADRES DO KORESPONDENCJI** (wpisać, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu i adres zamieszkania)  
 01. Kod pocztowy 02. Miejscowość  
 03. Ulica  
 04. Numer domu 05. Numer lokalu  
 06. Skrytka pocztowa 07. Numer telefonu 08. Numer faksu  
 09. Adres poczty elektronicznej

**XV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK**  
 01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęćka płatnika

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

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

01. Podpis osoby zgłaszanej / zgłoszonej do ubezpieczenia

**XVII. ADNOTACJE ZUS**

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

PLATNIK WYPELNIJA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA: MAGYNYNE LUB RĘCZNE  
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM. PRZED WYPELNIENIEM ZAPOCZĄC DŁĘ Z OBJASNIENIAMI

ZARZĄD UBEZPIECZEN SPOŁECZNYCH		ZUS	ZCZA	strona: 1	<b>ZGŁOSZENIE DANYCH O CZŁONKACH RODZINY, KTÓRYCH ADRES ZAMIESZKANIA JEST ZGODNY Z ADRESEM ZAMIESZKANIA UBEZPIECZONEGO, DLA CELÓW UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO</b>	
-----------------------------------	--	-----	------	-----------	---	--

  

**I. DANE ORGANIZACYJNE**

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

  

**II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK**

01. NIP (wpisać bez kresek)      02. REGION

03. PESEL      INNY NUMER      05. Seria i numer dokumentu

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

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

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

  

**III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ**

01. PESEL      02. NIP (wpisać bez kresek)      03. Rodzaj dokumentu  
(wypełnić jak pole II.04)      04. Seria i numer dokumentu

05. Nazwisko

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

  

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

01. Zgłoszenie nowego członka rodziny (wpisać - 1) /  
wyrzucenie członka rodziny (wpisać - 2)      02. Data uzyskania / utraty uprawnień do ubezpieczenia  
zdrowotnego przez członka rodziny (dd / mm / rrrr)

03. PESEL      04. NIP (wpisać bez kresek)      05. Rodzaj dokumentu  
(wypełnić jak pole II.04)      06. Seria i numer dokumentu

07. Nazwisko

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

10. Kod stopnia pokrewieństwa / powinowactwa <sup>1)</sup>      11.

12. Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie  
domowym z osobą ubezpieczoną? Jeśli TAK, wpisać X.      13. Kod stopnia niepełnosprawności <sup>1)</sup>

  

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

01. Zgłoszenie nowego członka rodziny (wpisać - 1) /  
wyrzucenie członka rodziny (wpisać - 2)      02. Data uzyskania / utraty uprawnień do ubezpieczenia  
zdrowotnego przez członka rodziny (dd / mm / rrrr)

03. PESEL      04. NIP (wpisać bez kresek)      05. Rodzaj dokumentu  
(wypełnić jak pole II.04)      06. Seria i numer dokumentu

07. Nazwisko

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

10. Kod stopnia pokrewieństwa / powinowactwa <sup>1)</sup>      11.

12. Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie  
domowym z osobą ubezpieczoną? Jeśli TAK, wpisać X.      13. Kod stopnia niepełnosprawności <sup>1)</sup>

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

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

VI. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

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

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

03. PESEL

04. NIP (wpisać bez kresek)

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

06. Seria i numer dokumentu

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrr)

10. Kod stopnia pokrewieństwa / powinowactwa <sup>1)</sup>

11.

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

13. Kod stopnia niepełnosprawności <sup>1)</sup>

VII. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

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

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

03. PESEL

04. NIP (wpisać bez kresek)

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

06. Seria i numer dokumentu

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrr)

10. Kod stopnia pokrewieństwa / powinowactwa <sup>1)</sup>

11.

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

13. Kod stopnia niepełnosprawności <sup>1)</sup>

**VIII. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK**

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrr)

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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęć płatnika

**IX. OŚWIADCZENIE OSOBY UBEZPIECZONEJ**

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

01. Podpis osoby ubezpieczonej

**X. ADNOTACJE ZUS**

1) Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji.

PLATNIK WYPEŁNIĄTY: KO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE  
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESZYM KOLEJEM. PRZED WYPEŁNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

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

**I. DANE ORGANIZACYJNE**

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

**II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK**

01. NIP (wpisać bez kresek)      02. REGION

03. PESEL      INNY NUMER      05. Seria i numer dokumentu

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

06. Nazwa składowca

07. Nazwisko

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

II. DANE IDENTYFIKACYJNE  
PLATNIKA SKŁADEK

**III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ**

01. PESEL      02. NIP (wpisać bez kresek)      03. Rodzaj dokumentu  
(wypełnić jak pole II.04)      04. Seria i numer dokumentu

05. Nazwisko

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

III. DANE  
IDENTYFIKACYJNE  
OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

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

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

03. PESEL      04. NIP (wpisać bez kresek)      05. Rodzaj dokumentu  
(wypełnić jak pola II.04)      06. Seria i numer dokumentu

07. Nazwisko

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

10. Kod stopnia pokrewieństwa / powinowactwa      11.

12. Czy przystaję we wspólnym gospodarstwie  
domowym z osobą ubezpieczoną? Jeżeli TAK, wpisać X.

13. Kod stopnia niepełnosprawności      11

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

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

01. Kod pocztowy      02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu      06. Numer lokalu

07. Numer telefonu      08. Numer faksu

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

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

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

01. Zgłoszenia nowego członka rodziny (wpisać - 1) / 02. Data uzyskania / utraty uprawnień do ubezpieczenia  
wyrejestrowanie członka rodziny (wpisać - 2) zdrowotnego przez członka rodziny (dd / mm / rrr)

03. PESEL 04. NIP (wpisać bez kresek) 05. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II 04) 06. Seria i numer dokumentu

07. Nazwisko

08. Imię pierwotne 09. Data urodzenia (dd / mm / rrr)

10. Kod stopnia pokrewieństwa / powinowactwa <sup>1)</sup> 11.

12. Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną? Jeśli TAK, wpisać X 13. Kod stopnia niepełnosprawności <sup>1)</sup>

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

01. Kod pocztowy 02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu 06. Numer lokalu

07. Numer telefonu 08. Numer faksu

VI. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK 01. Data wypełnienia (dd / mm / rrr)

VII. OŚWIADCZENIE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

01. Podpis osoby ubezpieczonej

03. Pieczęćka płatnika

VIII. ADNOTACJE ZUS

1) Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji.

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



PLATNIK WYPELNIJA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE  
 DZIŚMI DREKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBISKIM KOLEKREM, PRZED WYPELNIENIEM ZAOPICNAĆ SIĘ Z OBJASNIENIAMI

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

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

ZARZĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	<b>ZUS ZZA</b>	strona: <b>2</b>	<b>ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH</b>
-----------------------------------	----------------	------------------	---

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

01. Kod pocztowy

02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu

06. Numer lokalu

07. Numer telefonu

08. Numer faksu

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

01. Kod pocztowy

02. Miejscowość

03. Ulica

04. Numer domu

05. Numer lokalu

06. Skrytka pocztowa

07. Numer telefonu

08. Numer faksu

09. Adres poczty elektronicznej

**XII. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK**

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęćka płatnika

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

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

01. Podpis osoby zgłaszanej / zgłoszonej do ubezpieczenia

**XIV. ADNOTACJE ZUS**

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

PLATNIK WYPEŁNIA TYLKO POLA JARNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE  
(DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOŁOHEM, PRZEZ WYPEŁNIENIEM ZAPOZNIAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI)

DZIAŁ UDZIELENIEM SPOŁECZNYCH		ZUS ZWUA		WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ					
I. DANE ORGANIZACYJNE		01. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH I UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO <sup>1)</sup>		02. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH <sup>1)</sup>		03. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO <sup>1)</sup>		04. ZDŁOŻENIE KOREKTY DANYCH O WYREJESTROWANIU Z UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH I UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO <sup>1)</sup>	
05. Data nadania (dd / mm / rr)		06. Nalepka "Z"							
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK		01. NIP (wpisać bez kropek)		02. REGION		03. PESEL		INNY NUMER	
04. Nazwa składek		05. Data i numer dokumentu		06. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1; jeśli paszport - 2		07. Nazwa		08. Imię i nazwisko	
09. Data urodzenia (dd / mm / rr)		03. Rodzaj dokumentu (wpisać jak pole II.04)		04. Seria i numer dokumentu		05. Nazwisko		06. Imię pierwsze	
06. Imię pierwsze		07. Data urodzenia (dd / mm / rr)							
III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY WYREJESTROWYwanej Z UBEZPIECZEŃ		01. PESEL		02. NIP (wpisać bez kropek)		03. Rodzaj dokumentu (wpisać jak pole II.04)		04. Seria i numer dokumentu	
05. Nazwisko		06. Imię pierwsze		07. Data urodzenia (dd / mm / rr)					
IV. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ		01. Kod tytułu ubezpieczenia <sup>2)</sup>		Rodzaje ubezpieczeń (wpisać X w odpowiednim polu)		Od dnia (dd / mm / rr)		Rodzaj przyznany wyrejestrowania <sup>3)</sup>	
		02. Emerytalne		03.		04.		05.	
		05. Rentowa		06.		07.		08.	
		09. Chorobowe		09.		10.		11.	
		11. Wypadkowe		12.		13.		14.	
		14. Zdrowotne		15.		16.		17.	
V.		01.		02.					
VI. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK		01. Data wypełnienia (dd / mm / rr)							
Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie nieprawdy lub zatajenie prawdy.		02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej							
03. Pieczęć płatnika									
VII. OŚWIADCZENIE OSOBY WYREJESTROWYwanej Z UBEZPIECZEŃ		Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie nieprawdy lub zatajenie prawdy.							
01. Podpis osoby wyrejestrowywanej z ubezpieczeń									
VIII. ADNOTACJE ZUS									
1) Wpisać X w odpowiednim polu.									
2) Wpisać odpowiedni kod ustalony w instrukcji.									

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

<b>ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH</b>	<b>ZUS</b>	<b>RCA</b>	strona <b>1</b>	<b>IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH I WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH</b>
---------------------------------------	------------	------------	-----------------	--

**I. DANE ORGANIZACYJNE**

01. Identyfikator raportu (numer / mm / mm) <sup>0</sup>	02. Numer kartki raportu RCA
--	------------------------------

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

**II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK**

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

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

01. Nazwisko	03. Typ <sup>04</sup> 04. Identyfikator
02. Imię pierwsze	

**III. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE I UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE**

01. Kod tytułu ubezpieczenia <sup>1</sup>	02. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe <sup>0</sup>	03. Wymiar czasu pracy /
<b>UBEZPIECZENIE</b>	<b>EMERYTALNE</b>	<b>RENTOWE</b>
<b>PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI</b>	04	05
<b>KWOTA SKŁADKI FINANSOWANA PRZEZ:</b>	07. Ubezpieczonego	08. Ubezpieczonego
11. Platnika	12. Platnika	09. Ubezpieczenia chorobowe
14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego	15. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13)	10. Ubezpieczenie zdrowotne
	zi, gr	zi, gr

**III. C. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA**

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

**IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ**

01. Nazwisko	03. Typ <sup>04</sup> 04. Identyfikator
02. Imię pierwsze	

**IV. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE I UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE**

01. Kod tytułu ubezpieczenia <sup>2</sup>	02. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe <sup>0</sup>	03. Wymiar czasu pracy /
<b>UBEZPIECZENIE</b>	<b>EMERYTALNE</b>	<b>RENTOWE</b>
<b>PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI</b>	04	05
<b>KWOTA SKŁADKI FINANSOWANA PRZEZ:</b>	07. Ubezpieczonego	08. Ubezpieczonego
11. Platnika	12. Platnika	09. Ubezpieczenia chorobowe
14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego	15. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13)	10. Ubezpieczenie zdrowotne
	zi, gr	zi, gr

**IV. C. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA**

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

03. Suma kwot na stronie (p. III.B.15 + p. III.C.06 + p. IV.B.15 + p. IV.C.06)	zi, gr
--	--------

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

IV. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

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

**V. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ**

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ<sup>1)</sup> 04. Identyfikator

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

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

**V. C. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA**

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

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

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ<sup>1)</sup> 04. Identyfikator

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

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

**VI. C. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA**

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

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

**VII. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK**

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

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

03. Pieczęć inshienna oraz podpis Głównego Księgowego

04. Pieczęć płatnika

**VIII. ADNOTACJE ZUS**

1) Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji.

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS	RMUA	strona: 2	<b>RAPORT MIESIĘCZNY DLA OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>
-----------------------------------	-----	------	-----------	--

**VI. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ I WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBEJ ORAZ RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK**

07. Rodzaj świadczenia / przerwy	Okres od - do (dd / mm)		Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat		Kod choroby	Kwota																																				
	08.	09.	10.	11.																																						
	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.	24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.	31.	32.	33.	34.	35.	36.	37.	38.	39.	40.	41.	42.	43.	44.	45.	46.	47.	48.	zł	gr			

**VII. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK**

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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

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

01. Okres, którego raport dotyczy (mm / rrrr)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

02. Kod oddziału NFZ

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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

PLATNIK WYPEŁNIA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MĄŻYJNE LUB RĘCZNE  
DUŻYM DUKOWANYM LITERAM, CZARNYM LUB NIEBIESZYM KOLOREM, PRZED WYPEŁNIENIEM ZAPISZNAĆ SIĘ Z OBJASNIENIAMI

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

## I. DANE ORGANIZACYJNE

01. ZGŁOSZENIE PLATNIKA SKŁADEK (wpisać X) 02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH PLATNIKA SKŁADEK (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych) \*\*

03. Data nadania (dd / mm / rrrr)

04. Nalotka "R"

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

## II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. NIP (wpisać bez kropki)

02. REGION

03. Nazwa skrócona

## III. DANE EWIDENCYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Nazwa / Firma (zgodnie z aktami prawnymi konstytuującym podmiot)

02. Czy płatnik jest jednostką budżetową w rozumieniu ustawy z dnia 26.11.1992r. o finansach publicznych? Jeśli TAK, wpisać X

03. Czy płatnik jest zakładem budżetowym lub gospodarstwem pomocniczym w rozumieniu ustawy z dnia 26.11.1992r. o finansach publicznych? Jeśli TAK, wpisać X

04. Nazwa organu zarządczego

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

07. Numer wpisu do rejestru / ewidencji

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

08. Nazwa organu rejestrowego / ewidencyjnego

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

10.

## IV. DANE O RACHUNKU BANKOWYM PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer rachunku

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

## V. INNE DANE O PLATNIKU SKŁADEK

01.

02.

03.

04. Jeśli adres prowadzenia działalności gospodarczej jest inny niż adres siedziby, wpisać X i wypełnić formularz ZUS ZDA.

## VI. ADRES SIEDZIBY PLATNIKA SKŁADEK

01. Kod pocztowy

02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu

06. Numer lokalu

07. Numer telefonu

08. Numer faksu

09.



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

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

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

01. Kod pocztowy	02. Miejscowość
03. Ulica	
04. Numer domu	05. Numer lokalu
06. Numer telefonu do teletransmisji	
07. Skrytka pocztowa	08. Numer telefonu
09. Numer faksu	
10.	

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

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

**IX. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK**

01. Liczba załączników formularza ZUS ZBA
02. Liczba załączników formularza ZUS ZAA
03. Data wypełnienia (dd / mm / rr)

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

04. Pieczęćka imienna i podpis osoby upoważnionej	05. Pieczęćka płatnika
---	------------------------

**X. ADNOTACJE ZUS**

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

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

## I. DANE ORGANIZACYJNE

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

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

## II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. NIP (wpisać, bez kresek)

02. REGION

03. PESEL

INNY NUMER

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa składoń

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

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 uprawnień <sup>2)</sup>  
02. Numer uprawnień  
03. Nazwa organu wydającego uprawnienie

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

05.

## V. DANE O RACHUNKU BANKOWYM PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer rachunku

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

## VI. INNE DANE O PLATNIKU SKŁADEK

01.

02.

03.

04. Data powstania obowiązku  
opłacenia składek (dd / mm / rrrr)

05. Jeśli adres prowadzenia działalności gospodarczej jest inny  
niż adres siedziby, wpisać X i wypełnić formularz ZUS ZAA.

## VII. ADRES SIEDZIBY PLATNIKA SKŁADEK

01. Kod pocztowy

02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu

06. Numer lokalu

07. Numer telefonu

08. Numer faksu

09.

PLATNIK WYPELNI TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE  
DUŻYM DROKOWANYM LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM, PRZED WYPELNIENIEM ZAOPZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

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

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

01. Kod pocztowy	02. Miejscowość
03. Gmina / Dzielnica	
04. Ulica	
05. Numer domu	06. Numer lokalu
07. Numer telefonu	08. Numer faksu
09.	

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

01. Kod pocztowy	02. Miejscowość	
03. Ulica		
04. Numer domu	05. Numer lokalu	06. Numer telefonu do teletransmisyj
07. Skrytka pocztowa	08. Numer telefonu	09. Numer faksu
10.		

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

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

**XI. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK**

01. Liczba załączników formularza ZUS ZBA	
02. Liczba załączników formularza ZUS ZAA	
03. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)	

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

04. Podpis płatnika lub osoby przez niego upoważnionej	05. Pieczęćka płatnika (jeśli posiada)
--	--

**XII. ADNOTACJE ZUS**

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

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

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

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

## I. DANE ORGANIZACYJNE

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

## II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. NIP (wpisać bez kresek)

02. REGON

03. PESEL

INNY NUMER

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona

04. Rodzaj dokumentu:

jeśli dowód osobisty, wpisać 1,

jeśli paszport - 2

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE  
PLATNIKA SKŁADEK

## III. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PLATNIKA

01. Nowy adres (wpisać - 1) /

zakonczenie prowadzenia działalności pod adresem (wpisać - 2)

02. Kod pocztowy

03. Miejscowość

04. Gmina / Dzielnica

05. Ulica

06. Numer domu

07. Numer lokalu

08. Numer telefonu

09. Numer faksu

## IV. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PLATNIKA

01. Nowy adres (wpisać - 1) /

zakonczenie prowadzenia działalności pod adresem (wpisać - 2)

02. Kod pocztowy

03. Miejscowość

04. Gmina / Dzielnica

05. Ulica

06. Numer domu

07. Numer lokalu

08. Numer telefonu

09. Numer faksu

## V. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PLATNIKA

01. Nowy adres (wpisać - 1) /

zakonczenie prowadzenia działalności pod adresem (wpisać - 2)

02. Kod pocztowy

03. Miejscowość

04. Gmina / Dzielnica

05. Ulica

06. Numer domu

07. Numer lokalu

08. Numer telefonu

09. Numer faksu

PLATNIK WYPELNIÄ TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE  
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM, PRZED WYPELNIENIEM ZAPOZNAC SIĘ Z OBJASNIENIAMI

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

#### VI. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PLATNIKA

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

02. Kod pocztowy

03. Miejscowość

04. Gmina / Dzielnica

05. Ulica

06. Numer domu

07. Numer lokalu

08. Numer telefonu

09. Numer faksu

#### VII. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PLATNIKA

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

02. Kod pocztowy

03. Miejscowość

04. Gmina / Dzielnica

05. Ulica

06. Numer domu

07. Numer lokalu

08. Numer telefonu

09. Numer faksu

#### VIII. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PLATNIKA

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

02. Kod pocztowy

03. Miejscowość

04. Gmina / Dzielnica

05. Ulica

06. Numer domu

07. Numer lokalu

08. Numer telefonu

09. Numer faksu

#### IX. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęćka płatnika

#### X. ADNOTACJE ZUS

PLATNIK WYPELNI TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE  
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBISKIM KOLEJEM, PRZED WYPELNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

<b>ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH</b>	<b>ZUS</b>	<b>DRA</b>	<b>strona 1</b>	<b>DEKLARACJA ROZLICZENIOWA</b>
---------------------------------------	------------	------------	-----------------	---------------------------------

<b>I. DANE ORGANIZACYJNE</b>				
01. Termin przysyłania deklaracji i raportów <sup>1)</sup>	02. Identyfikator deklaracji (numer / mm / rrr) <sup>1)</sup>			
03. Data nadania (dd / mm / rrr)	04. Nalepka "R"	05. Znak i numer decyzji pokontrolnej		

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

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

<b>III. INNE INFORMACJE</b>			
01. Liczba ubezpieczonych	02. Liczba pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy	03. Czy płatnik posiada status zakładu pracy chronionej / aktywności zawodowej? Jeśli TAK, wpisać X	04. Stopa procentowa składek na ubezpieczenie wypadkowe

**IV. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE ORAZ ŹRÓDEŁ FINANSOWANIA**

	Kwota składek na ubezpieczenie emerytalne		Kwota składek na ubezpieczenia rentowe		Suma kwot składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe	
	01	02	03	04	05 (p. 01 + p. 02)	
<b>SUMY SKŁADEK</b>	zł	gr	zł	gr	zł	gr
<b>SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:</b>						
ubezpieczonych	04	05	06	07	08 (p. 04 + p. 05)	09
płatnika	07	08	09	10	11 (p. 07 + p. 08)	12
budżet państwa	10	11	12	13	14 (p. 10 + p. 11)	15
PFRON	13	14	15	16	17 (p. 13 + p. 14)	18
Fundusz Kościelny	16	17	18	19	20 (p. 16 + p. 17)	21

	Kwota składek na ubezpieczenie chorobowe		Kwota składek na ubezpieczenie wypadkowe		Suma kwot składek na ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe	
	19	20	21	22	23 (p. 19 + p. 20)	
<b>SUMY SKŁADEK</b>	zł	gr	zł	gr	zł	gr
<b>SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:</b>						
ubezpieczonych	22	23	24	25	26 (p. 22 + p. 23)	27
płatnika	25	26	27	28	29 (= p. 25)	30
PFRON	27	28	29	30	31 (p. 27 + p. 28)	32
Fundusz Kościelny	30	31	32	33	34 (= p. 30)	35

32. Kwota składek na ubezpieczenia społeczne, które powinien przekazać płatnik (p. 06 + p. 09 + p. 24 + p. 26)

<b>V. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ PODLEGAJĄCYCH ROZLICZENIU W CIĘŻAR SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE</b>				
01. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego	zł	gr	03. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego	
02. Kwota wynagrodzenia należnego płatnikowi od wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego	zł	gr	04. Kwota wypłaconych świadczeń finansowanych z budżetu państwa	
			05. Łączna kwota do potrącenia (p. 01 + p. 02 + p. 03 + p. 04)	
			zł	gr

<b>VI. ROZLICZENIE CZĘŚCI IV I V</b>	
01. Kwota do zwrotu przez ZUS: (p.V. 05 - p.IV. 32)	02. Kwota do zapłaty przez płatnika: (p.IV. 32 - p.V. 05)
zł	gr
zł	gr

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS	DRA	strona 2	DEKLARACJA ROZLICZENIOWA
<b>VII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE</b>				
01. Kwota należnych składek do przekazania przez płatnika			zi gr	
02. Kwota należnych składek finansowana przez Fundusz Kościelny			zi gr	04. Kwota do zapłaty (p.01 + p. 03)
03. Kwota należnego wynagrodzenia dla płatnika			zi gr	
<b>VIII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FP I FGŚP</b>				
01. Kwota należnych składek na Fundusz Pracy			zi gr	03. Kwota do zapłaty (p.01 + p.02)
02. Kwota należnych składek na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych			zi gr	
<b>IX. ŁĄCZNA SUMA KWOT DO ZAPŁATY</b>				
				01. Łączna suma kwot do zapłaty (p.VI. 02 + p.VII. 04 + p.VIII. 03)
<b>X.</b>				
01.			zi gr	
02.			zi gr	04.
03.			zi gr	
<b>XI. DEKLARACJA DOCHODU</b> (wypełniają osoby, które opłacają składki wyłącznie za siebie)				
01. Kod tytułu ubezpieczenia <sup>1)</sup>				
02. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe			zi gr	
03. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe			zi gr	
04. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne			zi gr	05. Informacja o przekroczeniu różnej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe <sup>1)</sup>
<b>XII. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK</b>				
01. Liczba kartek raportu ZUS RCA				
02.				
03. Liczba kartek raportu ZUS RZA				
04. Liczba kartek raportu ZUS RSA				
05.				06. Łączna liczba kartek raportów (p. 01 + p. 03 + p. 04)
07.				
08. Data wypełnienia (dd / mm / rrr)	<b>Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.</b>			
09. Pieczętka imienna oraz podpis Głównego Księgowego		10. Pieczętka płatnika i podpis płatnika lub osoby upoważnionej		

**Pouczenie:** W wypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwot z poz. VI.02, poz. VII.04, poz. VIII.03 lub wpłacania ich w niepełnej wysokości, niniejsza deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz. U. z 2002 r. Nr 110, poz. 968, z późn. zm.).

**XIII. ADNOTACJE ZUS**

<sup>1)</sup> Wpisać odpowiedni kod zgodnie z instrukcją.



## KODY WYKORZYSTYWANE PRZY WYPEŁNIANIU DOKUMENTÓW UBEZPIECZENIOWYCH

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

- 1) *podmiot podstawowy wraz z rozszerzeniem (4 znaki)*
- 2) *ustalone bądź nieustalone prawo do emerytury lub renty (1 znak)*
- 3) *stopień niepełnosprawności (1 znak)*

*1. Podmiot podstawowy wraz z rozszerzeniem:*

- 01 10 - pracownik podlegający ubezpieczeniom społecznym i ubezpieczeniu zdrowotnemu
- 01 11 - pracownik podlegający ubezpieczeniom społecznym i z mocy przepisów szczególnych niepodlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu
- 01 20 - pracownik młodociany
- 01 24 - były pracownik mianowany lub były urzędnik służby cywilnej, z którym został rozwiązany stosunek pracy, pobierający świadczenie pieniężne za okres po ustaniu zatrudnienia
- 02 00 - osoba wykonująca pracę nakładczą
- 03 10 - członek rolniczej spółdzielni produkcyjnej, spółdzielni kółek rolniczych lub innej spółdzielni zajmującej się produkcją rolną
- 03 20 - osoba wykonująca pracę w spółdzielni lub w gospodarstwie rolnym spółdzielni na innej podstawie niż stosunek pracy, niebędąca jej członkiem i wynagradzana według zasad obowiązujących członków spółdzielni, w tym kandydat na członka spółdzielni
- 04 11 - osoba wykonująca umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług i praca jest wykonywana w siedzibie lub w miejscu prowadzenia działalności zleceniodawcy
- 04 12 - osoba wykonująca umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług i praca nie jest wykonywana w siedzibie lub w miejscu prowadzenia działalności zleceniodawcy
- 04 17 - osoba wykonująca umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług i praca jest wykonywana w siedzibie lub w miejscu prowadzenia działalności zleceniodawcy, z mocy przepisów szczególnych niepodlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu
- 04 18 - osoba wykonująca umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług i praca nie jest wykonywana w siedzibie lub w miejscu prowadzenia działalności zleceniodawcy, z mocy przepisów szczególnych niepodlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu
- 04 21 - osoba współpracująca z osobą wykonującą umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług i praca jest wykonywana w siedzibie lub w miejscu prowadzenia działalności zleceniodawcy
- 04 22 - osoba współpracująca z osobą wykonującą umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług i praca nie jest wykonywana w siedzibie lub w miejscu prowadzenia działalności zleceniodawcy
- 04 24 - osoba współpracująca z osobą wykonującą umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług i praca jest wykonywana w siedzibie lub w miejscu prowadzenia działalności zleceniodawcy, z mocy przepisów szczególnych niepodlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu
- 04 25 - osoba współpracująca z osobą wykonującą umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług i praca nie jest wykonywana w siedzibie lub w miejscu prowadzenia działalności zleceniodawcy, z mocy przepisów szczególnych niepodlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu
- 05 10 - osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą
- 05 11 - osoba współpracująca z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność
- 05 20 - twórca
- 05 30 - artysta
- 05 40 - osoba prowadząca działalność w zakresie wolnego zawodu
- 05 43 - wspólnik jednoosobowej spółki z ograniczoną odpowiedzialnością oraz wspólnicy spółki jawnej, komandytowej lub partnerskiej
- 05 44 - osoba prowadząca pozarolniczą działalność, z mocy przepisów szczególnych niepodlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu
- 05 45 - osoba współpracująca z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność, z mocy przepisów szczególnych niepodlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu
- 05 50 - absolwent prowadzący pozarolniczą działalność zwolniony z obowiązku opłacania składek na ubezpieczenie emerytalne
- 06 10 - poseł lub senator pobierający uposażenie
- 07 10 - stypendysta sportowy pobierający stypendium podlegający z tego tytułu ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym oraz ubezpieczeniu zdrowotnemu

- 07 20 - stypendysta sportowy pobierający stypendium podlegający z tego tytułu wyłącznie ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym
- 08 00 - osoba wykonująca odpłatnie pracę na podstawie skierowania do pracy, w czasie odbywania kary pozbawienia wolności lub tymczasowego aresztowania, jeśli nie podlega ubezpieczeniom z innego tytułu
- 09 10 - osoba bezrobotna pobierająca zasiłek dla bezrobotnych
- 09 11 - osoba bezrobotna niepobierająca zasiłku dla bezrobotnych
- 09 20 - absolwent pobierający stypendium w okresie skierowania przez powiatowy urząd pracy na szkolenie lub odbycie stażu
- 09 40 - osoba pobierająca zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne albo osoby niepobierające tych świadczeń z przyczyn określonych w odrębnych przepisach
- 10 10 - duchowny, nieprowadzący działalności gospodarczej, opłacający składkę od minimalnej podstawy wymiaru
- 10 11 - duchowny, nieprowadzący działalności gospodarczej, opłacający składkę od minimalnej podstawy oraz od zadeklarowanej nadwyżki ponad minimalną podstawę wymiaru
- 10 20 - duchowny, nieprowadzący działalności gospodarczej, będący członkiem zakonu kontemplacyjno-klauzurowego lub misjonarzem
- 10 40 - alumn seminarium duchownego, nowicjusz, postulanta, juniorysta przed ukończeniem 25. roku życia objęty dobrowolnie ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi
- 10 50 - alumn seminarium duchownego, nowicjusz, postulanta i juniorysta, podlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu
- 11 10 - żołnierz niezawodowy w służbie czynnej
- 11 11 - osoba odbywająca formy zastępcze służby wojskowej
- 11 12 - osoba odbywająca nadterminową zasadniczą służbę wojskową
- 11 13 - osoba odbywająca okresową służbę wojskową
- 11 14 - funkcjonariusz w służbie kandydackiej
- 11 20 - żołnierz zawodowy
- 11 30 - funkcjonariusz Policji
- 11 31 - funkcjonariusz Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Agencji Wywiadu
- 11 32 - funkcjonariusz Straży Granicznej
- 11 33 - funkcjonariusz Państwowej Straży Pożarnej
- 11 34 - funkcjonariusz Służby Celnej
- 11 40 - funkcjonariusz Służby Więziennej
- 11 50 - osoba w stanie spoczynku pobierająca uposażenie
- 11 51 - osoba pobierająca uposażenie rodzinne
- 11 52 - osoba pobierająca uposażenie po zwolnieniu ze służby
- 12 11 - osoba przebywająca na urlopie wychowawczym
- 12 40 - osoba pobierająca zasiłek macierzyński
- 13 10 - osoba, która na podstawie odrębnych przepisów lub układów zbiorowych pracy pobiera świadczenie socjalne wypłacane w czasie urlopu innego niż kolejowy
- 13 20 - osoba pobierająca zasiłek socjalny na czas przekwalifikowania zawodowego i poszukiwania nowego zatrudnienia
- 13 21 - osoba, która na podstawie odrębnych przepisów lub układów zbiorowych pracy pobiera świadczenie socjalne wypłacane w czasie urlopu kolejowego
- 13 22 - osoba pobierająca świadczenie socjalne w okresie zwolnienia z obowiązku świadczenia pracy
- 14 10 - osoba, która z pomocy społecznej otrzymuje zasiłek stały
- 14 11 - osoba, która z pomocy społecznej otrzymuje gwarantowany zasiłek okresowy
- 14 20 - osoba, która z pomocy społecznej otrzymuje rentę socjalną
  - 14 21 - osoba, która z pomocy społecznej otrzymuje zasiłek stały wyrównawczy
- 14 22 - inny świadczeniobiorca, za którego ośrodek pomocy społecznej ma obowiązek opłacać składki
- 15 00 - małżonek pracownika skierowanego do pracy w przedstawicielstwie dyplomatycznym, urzędzie konsularnym, stałym przedstawicielstwie przy ONZ lub w innej misji specjalnej za granicą, w instytucie, ośrodku informacji kultury za granicą
- 16 10 - obywatel polski wykonujący pracę w podmiocie zagranicznym za granicą lub w podmiocie zagranicznym na terytorium RP, jeżeli podmiot nie posiada w Polsce swojej siedziby ani przedstawicielstw
- 17 00 - osoba sprawująca opiekę nad członkiem rodziny spełniającym warunki do przyznania zasiłku pielęgnacyjnego, podlegająca dobrowolnym ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym, jeżeli nie podlega ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym z innych tytułów

- 18 10 – student lub uczestnik studiów doktoranckich podlegający dobrowolnym ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym, jeżeli nie podlega ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym z innych tytułów
- 18 11 - student lub uczestnik studiów doktoranckich, za którego szkoła wyższa lub jednostka organizacyjna prowadząca studia doktoranckie jest zobowiązana do opłacania składek na ubezpieczenie zdrowotne
- 18 30 - słuchacz Krajowej Szkoły Administracji Publicznej
- 19 00 - osoba kontynuująca ubezpieczenia emerytalne i rentowe
- 20 10 – sędzia
- 20 20 - prokurator
- 20 30 – sędzia lub prokurator, za którego jest obowiązek opłacenia składek na ubezpieczenia społeczne, w związku z rozwiązaniem lub wygaśnięciem stosunku służbowego
- 21 10 - dziecko lub uczeń niepodlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu
- 21 20 - słuchacz zakładu kształcenia nauczycieli niepodlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu
- 22 10 – kombatan, za którego składki na ubezpieczenie zdrowotne ma obowiązek opłacać Urząd do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych
- 22 30 – osoba podlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu uprawnienia do świadczeń alimentacyjnych na podstawie ugody sądowej lub prawomocnego orzeczenia sądu
- 22 40 - członek rady nadzorczej, podlegający z tego tytułu ubezpieczeniu zdrowotnemu
- 24 10 - osoba objęta dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym
- 25 00 - emeryt lub rencista, którego składka na ubezpieczenie zdrowotne finansowana jest przez świadczeniobiorcę
- 25 10 - emeryt lub rencista, którego składka na ubezpieczenie zdrowotne jest finansowana z budżetu państwa
- 30 00 - osoba, za którą należy rozliczyć i opłacić składki lub należne świadczenia w dokumentach rozliczeniowych składanych nie wcześniej niż za następny miesiąc, po ustaniu tytułu do ubezpieczeń
- 50 00 - inny tytuł do ubezpieczeń

#### *2. Ustalone bądź nieustalone prawo do emerytury lub renty*

- 0 - osoba, która nie ma ustalonego prawa do emerytury lub renty
- 1 - osoba, która ma ustalone prawo do emerytury
- 2 - osoba, która ma ustalone prawo do renty

#### *3. Stopień niepełnosprawności*

- 0 – osoba nieposiadająca orzeczenia o niepełnosprawności lub osoba, która posiada orzeczenie i nie przedłożyła go płatnikowi składek
- 1 – osoba, która przedłożyła płatnikowi składek orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności
- 2 – osoba, która przedłożyła płatnikowi składek orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności
- 3 – osoba, która przedłożyła płatnikowi składek orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności
- 4 – osoba, która przedłożyła płatnikowi orzeczenie o niepełnosprawności wydawane osobom do 16. roku życia

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

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

**III. Kod wykonywanego zawodu - składa się z 6 znaków, zawartych w “Klasyfikacji zawodów i specjalności”, stanowiącej załącznik do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 10 grudnia 2002 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. Nr 222, poz. 1868)**

**IV. Kod pracy w szczególnych warunkach ma postać:**

- 1) 5 pierwszych znaków jest zgodne z załącznikiem do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 7 lutego 1983r. w sprawie wieku emerytalnego pracowników zatrudnionych w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze (Dz. U. Nr 8, poz. 43, ze zm.), z których:
  - w polu pierwszym wpisujemy nazwę wykazu (A lub B)
  - dwa następne znaki to numer działu w wykazie podany cyframi arabskimi
  - dwa znaki dalsze to numer rodzaju pracy w dziale
  
- 2) 6 i 7 znak to kod dotychczasowych przepisów zarządzeń i uchwał resortowych według następującej listy:
  - 01 - Zarządzenie nr 9 Ministra Administracji, Gospodarki Terenowej i Ochrony Środowiska z dnia 1 lipca 1983r.
  - 02 - Zarządzenie nr 9 Ministra Budownictwa i Przemysłu Materiałów Budowlanych z dnia 1 sierpnia 1983r.
  - 03 - Zarządzenie nr 41 Ministra Finansów z dnia 17 maja 1985r.
  - 04 - Zarządzenie nr 17 Ministra Górnictwa i Energetyki z dnia 12 sierpnia 1983r.
  - 05 - Zarządzenie nr 19 Ministra Handlu Wewnętrznego i Usług z dnia 10 listopada 1986r.
  - 06 - Zarządzenie nr 3 Ministra Hutnictwa i Przemysłu Maszynowego z dnia 30 marca 1985r.
  - 07 - Zarządzenie nr 64 Ministra Komunikacji z dnia 29 czerwca 1983r.
  - 08 - Zarządzenie nr 50 Ministra Handlu Zagranicznego z dnia 13 grudnia 1983r.
  - 09 - Zarządzenie nr 26 Ministra Kultury i Sztuki z dnia 1 lipca 1983r.
  - 10 - Zarządzenie nr 33 Ministra Łączności z dnia 16 maja 1983r.
  - 11 - Zarządzenie nr 28 Ministra Pracy, Płac i Spraw Socjalnych z dnia 30 lipca 1986r.
  - 12 - Zarządzenie nr 37 Ministra Nauki, Szkolnictwa Wyższego i Techniki z dnia 25 października 1983r.
  - 13 - Zarządzenie Ministra Obrony Narodowej nr 48 z dnia 12 września 1983r.
  - 14 - Zarządzenie nr DK 4-1000-1/84 Ministra Oświaty i Wychowania z dnia 15 czerwca 1984r.
  - 15 - Zarządzenie nr 16 Ministra Rolnictwa, Leśnictwa i Gospodarki Żywnościowej z dnia 31 marca 1988r.
  - 16 - Zarządzenie nr 11/86 Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 4 marca 1986r.
  - 17 - Zarządzenie nr 51/83/CZZK Ministra Sprawiedliwości z dnia 20 października 1983r.
  - 18 - Zarządzenie nr 7 Ministra Przemysłu Chemicznego i Lekkiego z dnia 7 lipca 1987r.
  - 19 - Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 12 lipca 1983r. (Dz.Urz. MZiOS nr 8, poz. 40, ze zm.)
  - 20 - Zarządzenie nr 9 Ministra Gospodarki Materiałowej z dnia 31 maja 1983r.
  - 21 - Zarządzenie nr 9 Prezesa Centralnego Urzędu Geologii z dnia 4 lipca 1983r.
  - 22 - Zarządzenie nr 11 Przewodniczącego Komitetu do Spraw Młodzieży i Kultury Fizycznej z dnia 1 lipca 1988r.
  - 23 - Zarządzenie nr 24 Ministra - Kierownika Urzędu Gospodarki Morskiej z dnia 15 sierpnia 1983r.
  - 24 - Zarządzenie nr 24 Prezesa Polskiego Komitetu Normalizacji, Norm i Jakości z dnia 6 czerwca 1983r.
  - 25 - Uchwała nr 64/83 Zarządu Głównego Centralnego Związku Spółdzielni Rolniczych "Samopomoc Chłopska" z dnia 25 lipca 1983r.
  - 26 - Uchwała nr 184 Zarządu Centralnego Związku Spółdzielni Budownictwa Mieszkaniowego z dnia 20 maja 1983r.
  - 27 - Uchwała nr 80/83 Zarządu Centralnego Związku Spółdzielczości Pracy z dnia 30 czerwca 1983r.
  - 28 - Uchwała nr 38 Zarządu "Spółem" Centralnego Związku Spółdzielni Spożywców z dnia 11 lipca 1983r.
  - 29 - Uchwała nr 106 Zarządu Centralnego Związku Spółdzielni Inwalidów z dnia 20 lipca 1983r.
  - 30 - Uchwała nr 16/83 Zarządu Centralnego Związku Spółdzielni Mleczarskich z dnia 27 czerwca 1983r.
  - 31 - Uchwała nr 14/84 Zarządu Centrali i Spółdzielni Ogrodniczych i Pszczelarskich z dnia 23 marca 1984r.
  - 32 - Zarządzenie nr 21 Prezesa Robotniczej Spółdzielni Wydawniczej "Prasa - Książka-Ruch" z dnia 21 października 1983r.
  - 33 - Uchwała nr 41/83 Zarządu Głównego Związku Zakładów Doskonalenia Zawodowego z dnia 28 września 1983r.
  - 34 - Zarządzenie nr 47 Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 17 czerwca 1983r.
  - 35 - Zarządzenie nr 20 Sekretarza Naukowego Polskiej Akademii Nauk z dnia 16 czerwca 1983r.
  - 36 - Zarządzenie nr 12/83 Naczelnego Redaktora Polskiej Agencji Prasowej PAP z dnia 31 maja 1983r.

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

#### V. Kod pracy w szczególnym charakterze

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

Kod ten składa się z 9 znaków:

- 000320301 – pracownik organów kontroli państwowej
- 000320302 – pracownik organów administracji celnej
- pracownik /ubezpieczony/ wykonujący działalność twórczą lub artystyczną:
- 032030301 – tancerz
- 032030302 – akrobata
- 032030303 – gimnastyk
- 032030304 – ekwilibrysta
- 032030305 – kaskader
- 032030306 – solista wokalista
- 032030307 – muzyk grający na instrumentach dętych
- 032030308 – treser zwierząt drapieżnych
- 032030309 – artysta chóru
- 032030310 – żongler
- 032030311 – komik cyrkowy
- 032030312 – aktor teatru lalek
- 032030313 – aktorka
- 032030314 – dyrygentka
- 032030315 – muzyk grający na instrumentach smyczkowych
- 032030316 – muzyk grający na instrumentach perkusyjnych
- 032030317 - muzyk grający na instrumentach klawiszowych
- 032030318- operator obrazu filmowego
- 032030319 – fotografik
- 000320304 – dziennikarz zatrudniony w redakcjach dzienników, czasopism, w radiu, telewizji oraz w agencjach prasowych, informacyjnych, publicystycznych albo fotograficznych objęty układem pracy dziennikarzy
- 000320305 – nauczyciel, wychowawca lub inny pracownik pedagogiczny wykonujący pracę nauczycielską wymienioną w art. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982r. – Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2003r. Nr 118, poz. 1112, ze zm.)

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

**VI. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia składa się z trzech znaków:**

- 01R - Dolnośląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia we Wrocławiu
- 02R - Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Bydgoszczy
- 03R - Lubelski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Lublinie
- 04R - Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze
- 05R - Łódzki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Łodzi
- 06R - Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie
- 07R - Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Warszawie
- 08R - Opolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Opolu
- 09R - Podkarpacki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Rzeszowie
- 10R - Podlaski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Białymstoku
- 11R - Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Gdańsku
- 12R - Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach
- 13R - Świętokrzyski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Kielcach
- 14R - Warmińsko-Mazurski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Olsztynie
- 15R - Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu
- 16R - Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Szczecinie

**VII. Kod stopnia niepełnosprawności**

- 0 – osoba nieposiadająca orzeczenia o niepełnosprawności
- 1 – osoba posiadająca orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności
- 2 – osoba posiadająca orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności
- 3 – osoba posiadająca orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności
- 4 – osoba posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności wydawane osobom do 16. roku życia

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

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

**IX. Kod rodzaju uprawnienia – składa się z 2 znaków:**

- 11 - wpis do ewidencji, na listę lub do rejestru
- 31 – koncesja
- 32 – zezwolenie
- 34 – decyzja
- 40 – uprawnienie inne niż wymienione wyżej

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

- 111 – zaprzestanie prowadzenia działalności
- 115 – postanowienie sądu o ukończeniu postępowania upadłościowego
- 117 – zgon płatnika składek
- 211 – wykreślenie z rejestru, ewidencji lub skreślenie z listy
- 311 – decyzja właściwego organu o likwidacji płatnika składek będącego jednostką sektora finansów publicznych
- 350 – wyrejestrowanie z ubezpieczeń ostatniej osoby, za którą płatnik miał obowiązek składania dokumentów ubezpieczeniowych
- 600 – inna przyczyna wyrejestrowania

**XI. Typ identyfikatora**

- P – PESEL
- N- NIP

**R - REGON**

- 1 - dowód osobisty
- 2 - paszport

**XII. Kod świadczenia / przerwy - składa się z trzech znaków****1. Przerwa w opłacaniu składek**

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

**2. Rodzaj świadczenia**

- 211 - zasiłek porodowy
- 212 - zasiłek wyrównawczy z ubezpieczenia chorobowego
- 214 - zasiłek wyrównawczy z ubezpieczenia wypadkowego
- 215 - wyrównanie zasiłku wyrównawczego z ubezpieczenia chorobowego
- 216 - wyrównanie zasiłku wyrównawczego z ubezpieczenia wypadkowego

**3. Rodzaj świadczenia i przerwy**

- 311 - zasiłek macierzyński z ubezpieczenia chorobowego
- 312 - zasiłek opiekuńczy z ubezpieczenia chorobowego
- 313 - zasiłek chorobowy z ubezpieczenia chorobowego
- 314 - zasiłek chorobowy z ubezpieczenia wypadkowego
- 315 - wyrównanie zasiłku macierzyńskiego z ubezpieczenia chorobowego
- 316 - wyrównanie zasiłku opiekuńczego z ubezpieczenia chorobowego
- 317 - wyrównanie zasiłku chorobowego z ubezpieczenia chorobowego
- 318 - wyrównanie zasiłku chorobowego z ubezpieczenia wypadkowego
- 321 - świadczenie rehabilitacyjne z ubezpieczenia chorobowego
- 322 - świadczenie rehabilitacyjne z ubezpieczenia wypadkowego
- 323 - wyrównanie świadczenia rehabilitacyjnego z ubezpieczenia chorobowego
- 324 - wyrównanie świadczenia rehabilitacyjnego z ubezpieczenia wypadkowego
- 331 - wynagrodzenie za czas niezdolności do pracy z powodu choroby, finansowane ze środków pracodawcy
- 332 - wynagrodzenie za czas niezdolności do pracy z powodu choroby, finansowane ze środków Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych
- 333 - wynagrodzenie za czas niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową za okres do dnia 31 grudnia 2002 r., finansowane ze środków pracodawcy
- 334 - wynagrodzenie za czas niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową za okres do dnia 31 grudnia 2002 r., finansowane ze środków Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych
- 335 - wyrównanie wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy z powodu choroby, finansowane ze środków pracodawcy
- 336 - wyrównanie wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy z powodu choroby, finansowane ze środków Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych
- 337 - wyrównanie wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową za okres do dnia 31 grudnia 2002 r., finansowane ze środków pracodawcy
- 338 - wyrównanie wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową za okres do dnia 31 grudnia 2002 r., finansowane ze środków Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych
- 350 - inne świadczenia/przerwy

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

**XIV. Kód terminu przesyłania deklaracji i raportów:**

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

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

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

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

- 1) 01 - dla deklaracji rozliczeniowej i imiennego raportu miesięcznego ,  
02 - 39 włącznie - dla deklaracji rozliczeniowej korygującej i imiennego raportu miesięcznego korygującego,
- 2) w przypadku zakładów pracy chronionej lub zakładów aktywności zawodowej:  
40 - dla deklaracji rozliczeniowej i imiennego raportu miesięcznego :
  - a) składanych za część miesiąca, w której płatnik nie posiadał statusu zakładu pracy chronionej lub zakładu aktywności zawodowej, w razie gdy uzyskanie tego statusu nastąpiło w trakcie miesiąca,
  - b) składanych za część miesiąca, w której płatnik posiadał status zakładu pracy chronionej lub zakładu aktywności zawodowej, w razie gdy utrata tego statusu nastąpiła w trakcie miesiąca,  
41 - 49 włącznie - dla deklaracji rozliczeniowej korygującej i imiennego raportu miesięcznego korygującego,
- 3) w przypadku:
  - a) powiatowych urzędów pracy za bezrobotnych, absolwentów pobierających stypendium w okresie skierowania na szkolenie lub odbycie stażu, osoby pobierające świadczenie przedemerytalne lub zasiłek przedemerytalny oraz osoby niepobierające zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego z przyczyn określonych w przepisach o zatrudnieniu i przeciwdziałaniu bezrobociu,
  - b) wojskowych biur emerytalnych, zakładów emerytalnych Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz biur emerytalnych Służby Więziennej, za emerytów i rencistów,
  - c) jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, za osoby pobierające zasiłek stały i gwarantowany zasiłek okresowy oraz inne osoby, za które opłacane są składki na mocy przepisów o pomocy społecznej,
  - d) banków rozliczających składki na ubezpieczenie zdrowotne w przypadku dokonywania wypłaty emerytury lub renty z zagranicy,
  - e) innych podmiotów rozliczających składki na ubezpieczenie zdrowotne w przypadku dokonywania wypłat emerytury lub renty z zagranicy,  
51 - dla deklaracji rozliczeniowej i imiennego raportu miesięcznego,  
52 - 69 włącznie dla deklaracji rozliczeniowej korygującej i imiennego raportu miesięcznego korygującego,
- 4) w przypadku ZUS za emerytów i rencistów:  
51 - dla deklaracji rozliczeniowej i imiennego raportu miesięcznego,  
52 - 89 włącznie dla deklaracji rozliczeniowej korygującej i imiennego raportu miesięcznego korygującego,
- 5) w przypadku sędziów i prokuratorów, za których powstał obowiązek opłacania składek na ubezpieczenia społeczne w związku z rozwiązaniem lub wygaśnięciem stosunku służbowego:  
70 - dla deklaracji rozliczeniowej i imiennego raportu miesięcznego,



- 71 - 79 włącznie – dla deklaracji rozliczeniowej korygującej i imiennego raportu miesięcznego korygującego,
- 6) w przypadku deklaracji rozliczeniowej i imiennego raportu miesięcznego za dany miesiąc kalendarzowy, składanych przez syndyka upadłości za okres od dnia ogłoszenia upadłości:
- 80 – dla deklaracji rozliczeniowej i imiennego raportu miesięcznego,
- 81 - 89 włącznie – dla deklaracji rozliczeniowej korygującej i imiennego raportu miesięcznego korygującego,
- 7) w przypadku płatników składek opłacających składki wyłącznie na własne ubezpieczenia, składających za dany miesiąc więcej niż jedną deklarację rozliczeniową z różnymi kodami tytułu ubezpieczenia:
- 01- dla pierwszej deklaracji rozliczeniowej składanej za dany miesiąc,
- 02-39 włącznie – dla deklaracji rozliczeniowej korygującej składanej do deklaracji oznaczonej numerem 01,
- 40 - dla drugiej deklaracji rozliczeniowej składanej za dany miesiąc,
- 41-49 włącznie – dla deklaracji rozliczeniowej korygującej składanej do deklaracji oznaczonej numerem 40,
- 51 - dla trzeciej deklaracji rozliczeniowej składanej za dany miesiąc,
- 52-69 włącznie – dla deklaracji rozliczeniowej korygującej składanej do deklaracji oznaczonej numerem 51.

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