

1444

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ¹⁾

z dnia 23 października 2009 r.

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

Na podstawie art. 49 ust. 2 i 4 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2007 r. Nr 11, poz. 74, 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 ZIUUA, stanowiące załącznik nr 4 do rozporządzenia;
- 5) wyrejestrowanie z ubezpieczeń — o symbolu ZUS ZWUA, stanowiące załącznik nr 5 do rozporządzenia;
- 6) zgłoszenie/zmiana danych płatnika składek — osoby prawnej lub jednostki organizacyjnej nieposiadającej osobowości prawnej — o symbolu ZUS ZPA, stanowiące załącznik nr 6 do rozporządzenia;
- 7) zgłoszenie/zmiana danych płatnika składek — osoby fizycznej — o symbolu ZUS ZFA, stanowiące załącznik nr 7 do rozporządzenia;
- 8) zgłoszenie zmiany danych identyfikacyjnych płatnika składek — o symbolu ZUS ZIPA, stanowiące załącznik nr 8 do rozporządzenia;

9) wyrejestrowanie płatnika składek — o symbolu ZUS ZWPA, stanowiące załącznik nr 9 do rozporządzenia;

10) informacja o numerach rachunków bankowych płatnika składek — o symbolu ZUS ZBA, stanowiąca załącznik nr 10 do rozporządzenia;

11) adresy prowadzenia działalności gospodarczej przez płatnika składek — o symbolu ZUS ZAA, stanowiące załącznik nr 11 do rozporządzenia;

12) imienny raport miesięczny o należnych składkach i wypłaconych świadczeniach — o symbolu ZUS RCA, stanowiący załącznik nr 12 do rozporządzenia;

13) imienny raport miesięczny o należnych składkach na ubezpieczenie zdrowotne — o symbolu ZUS RZA, stanowiący załącznik nr 13 do rozporządzenia;

14) imienny raport miesięczny o wypłaconych świadczeniach i przerwach w opłacaniu składek — o symbolu ZUS RSA, stanowiący załącznik nr 14 do rozporządzenia;

15) deklaracja rozliczeniowa — o symbolu ZUS DRA, stanowiąca załącznik nr 15 do rozporządzenia;

16) imienny raport miesięczny dla osoby ubezpieczonej — o symbolu ZUS RMUA, stanowiący załącznik nr 16 do rozporządzenia;

17) zgłoszenie/korekta danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze — o symbolu ZUS ZSWA, stanowiący załącznik nr 17 do rozporządzenia.

2. Dla imiennych raportów miesięcznych korygujących ustala się odpowiednio te same wzory, o których mowa w ust. 1 pkt 12—14 oraz 16, a dla deklaracji rozliczeniowej korygującej — ten sam wzór, o którym mowa w ust. 1 pkt 15.

§ 2. Dokumenty są wypełniane przy użyciu kodów, których wykaz jest określony w załączniku nr 18 do rozporządzenia.

§ 3. 1. Dla dokumentów, o których mowa w § 1 ust. 1 pkt 1—11 i 17, określa się kolor pantone nr 224, pkt 12—14 — kolor pantone nr 158, pkt 15 — kolor pantone nr 172 oraz pkt 16 — kolor pantone nr 340.

2. Dokumenty, w formie dokumentu pisemnego w postaci kopii albo wydruku ze strony internetowej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub wydruku z oprogramowania interfejsowego, mogą być przekazywane bez zachowania kolorów, o których mowa w ust. 1.

¹⁾ Minister Pracy i Polityki Społecznej kieruje działem administracji rządowej — zabezpieczenie społeczne, na podstawie § 1 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Pracy i Polityki Społecznej (Dz. U. Nr 216, poz. 1598).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2007 r. Nr 17, poz. 95, Nr 21, poz. 125, Nr 112, poz. 769, Nr 115, poz. 791, 792 i 793 i Nr 176, poz. 1243, z 2008 r. Nr 63, poz. 394, Nr 67, poz. 411, Nr 141, poz. 888, Nr 171, poz. 1056, Nr 209, poz. 1318, Nr 220, poz. 1417 i 1418, Nr 227, poz. 1505, Nr 228, poz. 1507 i Nr 237, poz. 1654 i 1656 oraz z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 8, poz. 38, Nr 14, poz. 75, Nr 18, poz. 97, Nr 22, poz. 120, Nr 68, poz. 574, Nr 71, poz. 609, Nr 111, poz. 918, Nr 131, poz. 1075, Nr 157, poz. 1241 i Nr 161, poz. 1278.

§ 4. 1. Płatnicy składek mogą do wyczerpania zapasów posługiwać się wzorami dokumentów określonymi w załącznikach nr 1—13 i 16 do rozporządzenia, o którym mowa w § 5, jeżeli dokumenty są przekazywane w formie dokumentu pisemnego.

2. W przypadku przekazywania dokumentu dotyczącego okresu do dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia stosuje się kody tytułu ubezpieczenia określone w rozporządzeniu, o którym mowa w § 5, obowiązujące w okresie, za który dokument ten został złożony.

§ 5. Traci moc rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24 czerwca 2008 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 112, poz. 717).

§ 6. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2010 r.

Minister Pracy i Polityki Społecznej: *J. Fedak*

Załączniki do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 października 2009 r. (poz. 1444)

Załącznik nr 1

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

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

XI. ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU

01. Kod pocztowy 02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu 06. Numer lokalu

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

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

01. Kod pocztowy 02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu 06. Numer lokalu

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

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

01. Kod pocztowy 02. Miejscowość

03. Ulica

04. Numer domu 05. Numer lokalu

06. Skrytka pocztowa 07. Numer telefonu

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

09. Adres poczty elektronicznej

XIV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęćka płatnika

XV. OŚWIADCZENIE OSOBY ZGŁASZANEJ / ZGŁOSZONEJ DO UBEZPIECZENIA

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

01. Podpis osoby zgłaszanej / zgłoszonej do ubezpieczenia

XVI. ADNOTACJE ZUS

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 1 stycznia 2009 r.

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

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

I. DANE ORGANIZACYJNE

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

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

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. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Numer PESEL¹⁾ 02. Numer 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. A. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ UPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

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

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

03. Numer PESEL¹⁾ 04. Numer 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 11. Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną? Jeśli TAK, wpisać X.

12. Kod stopnia niepełnosprawności

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

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 KOŁOREM.

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

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

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

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

03. Numer PESEL ¹⁾

04. Numer 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

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

12. Kod stopnia niepełnosprawności

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

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

01. Kod pocztowy

02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu

06. Numer lokalu

07. Numer telefonu

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

VI. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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 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

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 ZZA	strona: 1	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH
--------------------------------	---------	-----------	--

I. DANE ORGANIZACYJNE

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

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

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 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 UBEZPIECZENIA

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA

01. Numer PESEL ²⁾

02. Numer 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 EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA

01. Imię drugie

02. Nazwisko rodowe

03. Obywatelstwo

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

V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA

01. Kod tytułu ubezpieczenia ³⁾

VI. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

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

02. Kod oddziału NFZ

VII. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

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

02. Kod oddziału NFZ

VIII. ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU

01. Kod pocztowy

02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu

06. Numer lokalu

07. Numer telefonu

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

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE 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 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

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 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. POPRZEDNIE DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Numer PESEL¹⁾ 02. Numer 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. POPRZEDNIE DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

IV. AKTUALNE DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Numer PESEL¹⁾ 02. Numer 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. AKTUALNE DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

V. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

VI. OŚWIADCZENIE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęćka płatnika

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

01. Podpis osoby ubezpieczonej

VII. ADNOTACJE ZUS

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

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH		ZUS ZWUA	WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ	
I. DANE ORGANIZACYJNE				
<input type="checkbox"/> 01. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ (jeśli TAK, wpisać X)		<input type="checkbox"/> 02. ZGŁOSZENIE KOREKTY DANYCH O WYREJESTROWANIU Z UBEZPIECZEŃ (jeśli TAK, wpisać X)		
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)		04. Nalepka „R”		
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 IDENTYFIKACYJNE OSOBY WYREJESTROWYWANEJ Z UBEZPIECZEŃ				
01. Numer PESEL ¹⁾		02. Numer 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. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ				
01. Kod tytułu ubezpieczenia		02. Wyrejestrowanie z ubezpieczeń od dnia (dd / mm / rrrr)		03. Kod przyczyny wyrejestrowania
V. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK				
01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)				
Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.				
02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej				
03. Pieczęćka płatnika				
VI. 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				
VII. ADNOTACJE ZUS				

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

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

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

I. DANE ORGANIZACYJNE

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

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PLATNIKA SKŁADEK

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

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

III. DANE EWIDENCYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Nazwa / Firma (zgodnie z aktem prawnym konstytuującym podmiot)	
<input type="checkbox"/> 02. Czy płatnik jest jednostką budżetową w rozumieniu ustawy z dnia 30.06.2005 r. o finansach publicznych? Jeśli TAK, wpisać X.	<input type="checkbox"/> 03. Czy płatnik jest zakładem budżetowym lub gospodarstwem pomocniczym w rozumieniu ustawy z dnia 30.06.2005 r. o finansach publicznych? Jeśli TAK, wpisać X.
04. Nazwa organu założycielskiego	
<input type="checkbox"/> 05. Czy płatnik podlega wpisowi do rejestru / ewidencji? Jeśli TAK, wpisać X.	06. Data wpisu do rejestru / ewidencji (dd / mm / rrrr)
08. Nazwa organu rejestrowego / ewidencyjnego	07. Numer wpisu do rejestru / ewidencji
09. Data powstania obowiązku opłacania składek (dd / mm / rrrr)	

IV. DANE O RACHUNKU BANKOWYM PLATNIKA SKŁADEK

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

V. 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	

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

01. Kod pocztowy	02. Miejscowość	
03. Ulica		
04. Numer domu	05. Numer lokalu	06. Numer telefonu do teletransmisji
07. Skrytka pocztowa	08. Numer telefonu	09. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)
10. Adres poczty elektronicznej		

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZPA	strona: 2	ZGŁOSZENIE / ZMIANA DANYCH PŁATNIKA 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 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⁾ W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZIPA.

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE 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

01. ZGŁOSZENIE PLATNIKA SKŁADEK (wpisać X)

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

03. Data nadania (dd / mm / rrrr)

04. Nalepka „R”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PLATNIKA SKŁADEK

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA 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 EWIDENCYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Imię drugie

02. Miejsce urodzenia

03. Obywatelstwo

IV. PODSTAWA DO PROWADZENIA POZAROLNICZEJ DZIAŁALNOŚCI

01. Kod rodzaju uprawnień

02. Numer uprawnień

03. Nazwa organu wydającego uprawnienie

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

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

V. DANE O RACHUNKU BANKOWYM PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer rachunku

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

VI. ADRES SIEDZIBY PLATNIKA SKŁADEK

01. Kod pocztowy

02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu

06. Numer lokalu

07. Numer telefonu

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

09. Adres poczty elektronicznej

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

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS	ZFA	strona: 2	ZGŁOSZENIE / ZMIANA DANYCH 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 KOLOREM.

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

II. POPRZEDNIE 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, 05. Seria i numer dokumentu
jeśli paszport - 2

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 PESEL ¹⁾

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

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. 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 UBEZPIECZEN 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			
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, <input type="checkbox"/> jeśli paszport - 2 <input type="checkbox"/>	
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)			
<p>Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.</p>			
02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej		03. Pieczęć płatnika	
V. ADNOTACJE ZUS			
<p><small>¹⁾ Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.</small></p>			

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE 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 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. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PLATNIKA SKŁADEK

<input type="checkbox"/> 01. Nowy rachunek (wpisać - 1) / zamknięcie rachunku (wpisać - 2)
02. Numer rachunku

IV. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PLATNIKA SKŁADEK

<input type="checkbox"/> 01. Nowy rachunek (wpisać - 1) / zamknięcie rachunku (wpisać - 2)
02. Numer rachunku

V. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PLATNIKA SKŁADEK

<input type="checkbox"/> 01. Nowy rachunek (wpisać - 1) / zamknięcie rachunku (wpisać - 2)
02. Numer rachunku

VI. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PLATNIKA SKŁADEK

<input type="checkbox"/> 01. Nowy rachunek (wpisać - 1) / zamknięcie rachunku (wpisać - 2)
02. Numer rachunku

VII. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PLATNIKA SKŁADEK

<input type="checkbox"/> 01. Nowy rachunek (wpisać - 1) / zamknięcie rachunku (wpisać - 2)
02. Numer rachunku

VIII. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PLATNIKA SKŁADEK

<input type="checkbox"/> 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. Pleczątko płatnika
--	------------------------

X. ADNOTACJE ZUS

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

PLATNIK WYPELNIĄ POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE 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 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. 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 WYPEŁNIA 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 PŁATNIKA SKŁADEK
-----------------------------------	---------	-----------	--

VI. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PŁATNIKA

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

02. Kod pocztowy 03. Miejscowość

04. Gmina / Dzielnica

05. Ulica

06. Numer domu 07. Numer lokalu

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

VII. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PŁATNIKA

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

02. Kod pocztowy 03. Miejscowość

04. Gmina / Dzielnica

05. Ulica

06. Numer domu 07. Numer lokalu

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

VIII. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PŁATNIKA

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

02. Kod pocztowy 03. Miejscowość

04. Gmina / Dzielnica

05. Ulica

06. Numer domu 07. Numer lokalu

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

IX. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

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

X. ADNOTACJE ZUS

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

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

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 PŁATNIKA SKŁADEK				
01. Numer NIP (wisać 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 / rrr)		
III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ				
01. Nazwisko				
02. Imię pierwsze		03. Typ 04. Identyfikator		
III. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE I UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE				
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 I WYPADKOWE	ZDROWOTNE
PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	04.	05.	06.	06.
KWOTA SKŁADKI FINANSOWANA PRZEZ:	07. Ubezpieczonego	08. Ubezpieczonego	09. Ubezpieczenie chorobowe	10. Ubezpieczenie zdrowotne
	11. Płatnika	12. Płatnika	13. Ubezpieczenia 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)		
III. C. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA²⁾				
01. Kwota wypłaconego zasilku rodzinnego		02. Kwota wypłaconego zasilku wychowawczego		
03. Kwota wypłaconego zasilku pielęgnacyjnego		04. Łączna kwota wypłaconych zasiłków (p.01 + p.02 + p.03)		
IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ				
01. Nazwisko				
02. Imię pierwsze		03. Typ 04. Identyfikator		
IV. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE I UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE				
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 I WYPADKOWE	ZDROWOTNE
PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	04.	05.	06.	06.
KWOTA SKŁADKI FINANSOWANA PRZEZ:	07. Ubezpieczonego	08. Ubezpieczonego	09. Ubezpieczenie chorobowe	10. Ubezpieczenie zdrowotne
	11. Płatnika	12. Płatnika	13. Ubezpieczenia 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)		
IV. C. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA²⁾				
01. Kwota wypłaconego zasilku rodzinnego		02. Kwota wypłaconego zasilku wychowawczego		
03. Kwota wypłaconego zasilku pielęgnacyjnego		04. Łączna kwota wypłaconych zasiłków (p.01 + p.02 + p.03)		

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

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

V. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ 04. Identyfikator

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

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 I WYPADKOWE	ZDROWOTNE
04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI		zi gr	05. zi gr	06. zi gr
07. Ubezpieczonego	zi gr	08. Ubezpieczonego	09. Ubezpieczenie chorobowe	10. Ubezpieczenie zdrowotne
11. Płatnika	zi gr	12. Płatnika	13. Ubezpieczenie wypadkowe	KWOTA SKŁADKI NA:
	zi gr		zi gr	
14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego		zi gr	15. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13)	zi gr

V. C. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA²⁾

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

VI. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ 04. Identyfikator

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

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 I WYPADKOWE	ZDROWOTNE
04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI		zi gr	05. zi gr	06. zi gr
07. Ubezpieczonego	zi gr	08. Ubezpieczonego	09. Ubezpieczenia chorobowe	10. Ubezpieczenie zdrowotne
11. Płatnika	zi gr	12. Płatnika	13. Ubezpieczenia wypadkowe	KWOTA SKŁADKI NA:
	zi gr		zi gr	
14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego		zi gr	15. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13)	zi gr

VI. C. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA²⁾

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

VII. 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
--	----------------------

VIII. ADNOTACJE ZUS

1) Numer PESEL podaje się, o ile został nadany
2) Blok ten należy wypełnić tylko w przypadku składania korekt dokumentów, w których płatnik składek wykazał świadczenia finansowane z budżetu państwa należne za okres do dnia 31 sierpnia 2006 r.

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

ZAKLAD UBEZPIECZEN SPOLECZNYCH	ZUS RZA	strona: 1	IMIENNY RAPORT MIESIÄCZNY O NALEŻNYCH SKLÄDKACH NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE
-----------------------------------	----------------	-----------	---

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKLÄDEK

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

02. Imię pierwsze

03. Typ 04. Identyfikator

III. B. NALEŻNA SKLÄDKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Podstawa wymiaru składki

03. Kwota składki

IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ 04. Identyfikator

IV. B. NALEŻNA SKLÄDKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Podstawa wymiaru składki

03. Kwota składki

V. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ 04. Identyfikator

V. B. NALEŻNA SKLÄDKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Podstawa wymiaru składki

03. Kwota składki

VI. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ 04. Identyfikator

VI. B. NALEŻNA SKLÄDKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Podstawa wymiaru składki

03. Kwota składki

VII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ 04. Identyfikator

VII. B. NALEŻNA SKLÄDKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Podstawa wymiaru składki

03. Kwota składki

PLATNIK WYPELNIŁA 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
-----------------------------------	---------	-----------	---

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

VIII. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE		
01. Kod tytułu ubezpieczenia	02. Podstawa wymiaru składki	03. Kwota składki
	zi gr	zi gr

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

IX. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE		
01. Kod tytułu ubezpieczenia	02. Podstawa wymiaru składki	03. Kwota składki
	zi gr	zi gr

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

X. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE		
01. Kod tytułu ubezpieczenia	02. Podstawa wymiaru składki	03. Kwota składki
	zi gr	zi gr

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

XI. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE		
01. Kod tytułu ubezpieczenia	02. Podstawa wymiaru składki	03. Kwota składki
	zi gr	zi gr

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

XII. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE		
01. Kod tytułu ubezpieczenia	02. Podstawa wymiaru składki	03. Kwota składki
	zi gr	zi gr

XIII. 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
--	----------------------

XIV. ADNOTACJE ZUS

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

PLATNIK WYPELNIĄ 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 OPLACANIU SKŁADEK		
I. DANE ORGANIZACYJNE					
01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr) <input style="width: 100%;" type="text"/>					
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK					
01. Numer NIP (wpisać bez kresek) <input style="width: 100%;" type="text"/>			02. Numer REGON <input style="width: 100%;" type="text"/>		
03. Numer PESEL ¹⁾ <input style="width: 100%;" type="text"/>			04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2 <input style="width: 100%;" type="text"/>		05. Seria i numer dokumentu <input style="width: 100%;" type="text"/>
06. Nazwa skrócona <input style="width: 100%;" type="text"/>					
07. Nazwisko <input style="width: 100%;" type="text"/>					
08. Imię pierwsze <input style="width: 100%;" type="text"/>			09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr) <input style="width: 100%;" type="text"/>		
III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ					
01. Nazwisko <input style="width: 100%;" type="text"/>					
02. Imię pierwsze <input style="width: 100%;" type="text"/>			03. Typ <input style="width: 100%;" type="text"/>		04. Identyfikator <input style="width: 100%;" type="text"/>
III. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPLACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ					
01. Kod tytułu ubezpieczenia <input style="width: 100%;" type="text"/>		02. Kod świadczenia / przerwy <input style="width: 100%;" type="text"/>		06. Kwota <input style="width: 100%;" type="text"/>	
03. Od (dd / mm / rrrr) <input style="width: 100%;" type="text"/>		04. Do (dd / mm / rrrr) <input style="width: 100%;" type="text"/>		05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Okres <input style="width: 100%;" type="text"/>					
IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ					
01. Nazwisko <input style="width: 100%;" type="text"/>					
02. Imię pierwsze <input style="width: 100%;" type="text"/>			03. Typ <input style="width: 100%;" type="text"/>		04. Identyfikator <input style="width: 100%;" type="text"/>
IV. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPLACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ					
01. Kod tytułu ubezpieczenia <input style="width: 100%;" type="text"/>		02. Kod świadczenia / przerwy <input style="width: 100%;" type="text"/>		06. Kwota <input style="width: 100%;" type="text"/>	
03. Od (dd / mm / rrrr) <input style="width: 100%;" type="text"/>		04. Do (dd / mm / rrrr) <input style="width: 100%;" type="text"/>		05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Okres <input style="width: 100%;" type="text"/>					
V. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ					
01. Nazwisko <input style="width: 100%;" type="text"/>					
02. Imię pierwsze <input style="width: 100%;" type="text"/>			03. Typ <input style="width: 100%;" type="text"/>		04. Identyfikator <input style="width: 100%;" type="text"/>
V. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPLACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ					
01. Kod tytułu ubezpieczenia <input style="width: 100%;" type="text"/>		02. Kod świadczenia / przerwy <input style="width: 100%;" type="text"/>		06. Kwota <input style="width: 100%;" type="text"/>	
03. Od (dd / mm / rrrr) <input style="width: 100%;" type="text"/>		04. Do (dd / mm / rrrr) <input style="width: 100%;" type="text"/>		05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Okres <input style="width: 100%;" type="text"/>					
VI. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ					
01. Nazwisko <input style="width: 100%;" type="text"/>					
02. Imię pierwsze <input style="width: 100%;" type="text"/>			03. Typ <input style="width: 100%;" type="text"/>		04. Identyfikator <input style="width: 100%;" type="text"/>
VI. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPLACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ					
01. Kod tytułu ubezpieczenia <input style="width: 100%;" type="text"/>		02. Kod świadczenia / przerwy <input style="width: 100%;" type="text"/>		06. Kwota <input style="width: 100%;" type="text"/>	
03. Od (dd / mm / rrrr) <input style="width: 100%;" type="text"/>		04. Do (dd / mm / rrrr) <input style="width: 100%;" type="text"/>		05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Okres <input style="width: 100%;" type="text"/>					

PLATNIK WYPELNIŁA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE 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 OPLACANIU SKŁADEK
-----------------------------------	-----	-----	-----------	--

VII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Kod świadczenia / przerwy

03. Od (dd / mm / rrrr)

04. Do (dd / mm / rrrr)

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kwota

Okres

VIII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Kod świadczenia / przerwy

03. Od (dd / mm / rrrr)

04. Do (dd / mm / rrrr)

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kwota

Okres

IX. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Kod świadczenia / przerwy

03. Od (dd / mm / rrrr)

04. Do (dd / mm / rrrr)

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kwota

Okres

X. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Kod świadczenia / przerwy

03. Od (dd / mm / rrrr)

04. Do (dd / mm / rrrr)

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kwota

Okres

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. ADNOTACJE ZUS

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

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS	DRA	strona: 1	DEKLARACJA ROZLICZENIOWA		
I. DANE ORGANIZACYJNE		02. Identyfikator deklaracji (numer / mm / rrrr)		05. Znak i numer decyzji pokontrolnej		
01. Termin przysyłania deklaracji i raportów	03. Data nadania (dd / mm / rrrr)		04. Nalepka iR*			
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. 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 (p. 01 + p. 02)	
	zi gr		zi gr		zi gr	
	04. ubezpieczonych		05. ubezpieczonych		06. (p. 04 + p. 05)	
	zi gr		zi gr		zi gr	
	07. płatnika		08. płatnika		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 (p. 19 + p. 20)	
	zi gr		zi gr		zi gr	
	22. ubezpieczonych		23. ubezpieczonych		24. (p. 22 + p. 23)	
	zi gr		zi gr		zi gr	
	25. płatnika		26. płatnika		26. (= p. 25)	
	zi gr		zi gr		zi gr	
27. PFRON ²⁾		28. PFRON ²⁾		29. (p. 27 + p. 28)		
zi gr		zi gr		zi gr		
30. Fundusz Kościelny		30. Fundusz Kościelny		31. (= p. 30)		
zi gr		zi gr		zi gr		
32. Kwota składek na ubezpieczenia społeczne, które powinien przekazać płatnik (p. 06 + p. 09 + p. 24 + p. 26)					zi gr	
V. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ PODLEGAJĄCYCH ROZLICZENIU W CIĘŻAR SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE						
01. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego		03. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego		05. Łączna kwota do potrącenia (p. 01 + p. 02 + p. 03 + p. 04)		
zi gr		zi gr		zi gr		
02. Kwota wynagrodzenia należnego płatnikowi od wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego		04. Kwota wypłaconych świadczeń finansowanych z budżetu państwa ¹⁾		02. Kwota do zapłaty przez płatnika: (p. IV. 32 - p. V. 05)		
zi gr		zi gr		zi gr		
VI. ROZLICZENIE CZĘŚCI IV I V						
01. Kwota do zwrotu przez ZUS: (p. V. 05 - p. IV. 32)		02. Kwota do zapłaty przez płatnika: (p. IV. 32 - p. V. 05)		zi gr		
zi gr		zi gr		zi gr		

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

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

VII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kwota należnych składek do przekazania przez płatnika	<input type="text"/>	04. Kwota należnego wynagrodzenia dla płatnika ¹⁾	<input type="text"/>
02. Kwota należnych składek finansowana przez Fundusz Kościelny	<input type="text"/>	05. Kwota do zapłaty (p.01 - p. 04)	<input type="text"/>
03. Kwota należnych składek finansowana z budżetu państwa	<input type="text"/>		<input type="text"/>

VIII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FP I FGŚP

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

IX. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FUNDUSZ EMERYTUR POMOSTOWYCH

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

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

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

XI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

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

Pouczenie; W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwot z poz. VI.02, poz. VII.05, poz. VIII.03, poz. IX.03 lub wpłacania ich w niepełnej wysokości, niniejsza deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 czerwca 1966r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz.U. z 2005r. Nr 229, poz. 1954, z późn. zm.).

XII. 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 deklaracji za ten okres złożonej nie później niż 30 czerwca 2008 r.
³⁾ Pole to należy wypełnić tylko w przypadku składania korekt dokumentów, w których płatnik składek wykazał świadczenia finansowane z budżetu państwa należne za okres do dnia 31 sierpnia 2006 r.
⁴⁾ Za okres od dnia 1 kwietnia 2003 r. płatnik składek nie ma prawa do wynagrodzenia za rozliczenie składek na ubezpieczenie zdrowotne.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH **ZUS RMUA** strona **1** **IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY DLA OSOBY UBEZPIECZONEJ**

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP 02. Numer REGON

03. Numer PESEL ^{II} 04. Rodzaj dokumentu 05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwisko 07. Imię pierwsze

08. Nazwa skrócona 09. Data urodzenia (dd / mm / rrr)

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko 02. Imię pierwsze

03. Typ 04. Identyfikator

IV. A. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE I UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Tytuł ubezpieczenia (pierwszy)

02. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego

03. Wymiar czasu pracy

ubezpieczenie	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBY I WYPADKOWE	ZDROWOTNE
04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	<input type="text"/>	<input type="text"/>	05. <input type="text"/>	06. <input type="text"/>
KWOTA SKŁADKI FINANSOWANA PRZEZ:	07. Ubezpieczonego <input type="text"/>	08. Ubezpieczonego <input type="text"/>	09. Ubezpieczenie chorobowe <input type="text"/>	10. Ubezpieczenie zdrowotne <input type="text"/>
	11. Płatnika <input type="text"/>	12. Płatnika <input type="text"/>	13. Ubezpieczenie wypadkowe <input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego <input type="text"/>	15. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13) <input type="text"/>			<input type="text"/>

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

01. Tytuł ubezpieczenia (drugi)

02. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego

03. Wymiar czasu pracy

ubezpieczenie	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBY I WYPADKOWE	ZDROWOTNE
04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	<input type="text"/>	<input type="text"/>	05. <input type="text"/>	06. <input type="text"/>
KWOTA SKŁADKI FINANSOWANA PRZEZ:	07. Ubezpieczonego <input type="text"/>	08. Ubezpieczonego <input type="text"/>	09. Ubezpieczenie chorobowe <input type="text"/>	10. Ubezpieczenie zdrowotne <input type="text"/>
	11. Płatnika <input type="text"/>	12. Płatnika <input type="text"/>	13. Ubezpieczenie wypadkowe <input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego <input type="text"/>	15. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13) <input type="text"/>			<input type="text"/>

V. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA

01. Łączna kwota wypłaconych zasiłków

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

01. Rodzaj świadczenia / przerwy

02. Okres od - do (dd / mm / rrr)

03. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

04. Kwota

DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko 02. Imię pierwsze

03. Numer PESEL ^{II} 04. Numer NIP

05. Typ identyfikatora 06. Identyfikator

INNY NUMER

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

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

VII. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

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

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

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

02. Kod oddziału NFZ

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

PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE 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 natania (dd / mm / rrrr) 03. Należka "R"

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpiśać 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 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 PESEL¹⁾ 04. Numer NIP (wpiśać 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)

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze 05. Wymiar czasu pracy

03. Od (dd / mm / rrrr) 04. Do (dd / mm / rrrr)

06. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze 09. Wymiar czasu pracy

07. Od (dd / mm / rrrr) 08. Do (dd / mm / rrrr)

10. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze 13. Wymiar czasu pracy

11. Od (dd / mm / rrrr) 12. Do (dd / mm / rrrr)

14. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze 17. Wymiar czasu pracy

15. Od (dd / mm / rrrr) 16. Do (dd / mm / rrrr)

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 PESEL¹⁾ 04. Numer NIP (wpiśać 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)

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze 05. Wymiar czasu pracy

03. Od (dd / mm / rrrr) 04. Do (dd / mm / rrrr)

06. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze 09. Wymiar czasu pracy

07. Od (dd / mm / rrrr) 08. Do (dd / mm / rrrr)

10. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze 13. Wymiar czasu pracy

11. Od (dd / mm / rrrr) 12. Do (dd / mm / rrrr)

14. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze 17. Wymiar czasu pracy

15. Od (dd / mm / rrrr) 16. Do (dd / mm / rrrr)

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. Numer 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)

V. B. 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 / rrrr) — 04. Do (dd / mm / rrrr)	05. Wymiar czasu pracy
06. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze	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	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	Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze 15. Od (dd / mm / rrrr) — 16. Do (dd / mm / rrrr)	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. Numer 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)

VI. B. 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 / rrrr) — 04. Do (dd / mm / rrrr)	05. Wymiar czasu pracy
06. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze	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	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	Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze 15. Od (dd / mm / rrrr) — 16. Do (dd / mm / rrrr)	17. Wymiar czasu pracy

VII. 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
--	----------------------

VIII. ADNOTACJE ZUS

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

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 (Dz. U. z 2008 r. Nr 14, poz. 92, z późn. zm.), 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.
- 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. 35), zwanego dalej „rozporządzeniem Rady (EWG) nr 574/72”
- 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
- 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
- 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

- 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, oraz osoba prowadząca niepubliczną szkołę, placówkę lub ich zespół, na podstawie przepisów o systemie oświaty
- 05 11 — osoba współpracująca z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność
- 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 prowadząca pozarolniczą 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 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
- 06 10 — poseł lub senator pobierający uposażenie
- 07 10 — stypendysta sportowy pobierający stypendium podlegający z tego tytułu ubezpieczeniom społecznym oraz ubezpieczeniu zdrowotnemu albo wyłącznie ubezpieczeniu zdrowotnemu
- 07 20 — stypendysta sportowy pobierający stypendium podlegający z tego tytułu wyłącznie ubezpieczeniom społecznym
- 08 00 — osoba wykonująca odpłatnie pracę na podstawie skierowania do pracy, w czasie odbywania kary pozbawienia wolności lub tymczasowego aresztowania
- 09 10 — osoba bezrobotna pobierająca zasiłek dla bezrobotnych, osoba pobierająca świadczenie integracyjne oraz osoba pobierająca stypendium w okresie odbywania studiów podyplomowych i niepozostawiania w zatrudnieniu
- 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
- 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 Rzeczpospolita 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 wymiaru 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 40 — alumn seminarium duchownego, nowicjusz, postulant, juniorysta przed ukończeniem 25. roku życia, objęty dobrowolnie ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi
- 10 50 — alumn seminarium duchownego, nowicjusz, postulant i juniorysta, podlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu
- 11 10 — żołnierz niezawodowy w służbie czynnej
- 11 11 — osoba odbywająca służbę zastępczą
- 11 12 — osoba odbywająca nadterminową zasadniczą służbę wojskową
- 11 13 — osoba odbywająca okresową służbę wojskową
- 11 14 — funkcjonariusz w służbie kandydackiej oraz kandydat na żołnierza zawodowego
- 11 20 — żołnierz zawodowy
- 11 30 — funkcjonariusz Policji
- 11 31 — funkcjonariusz Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Agencji Wywiadu
- 11 32 — funkcjonariusz Straży Granicznej
- 11 33 — funkcjonariusz Państwowej Straży Pożarnej
- 11 34 — funkcjonariusz Służby Celnej
- 11 35 — funkcjonariusz Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego albo Biura Ochrony Rządu
- 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
- 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
- 15 00 — małżonek pracownika skierowanego do pracy w przedstawicielstwie dyplomatycznym, urzędzie konsularnym, stałym przedstawicielstwie przy ONZ lub w innej misji specjalnej za granicą, w instytucie, ośrodku informacji kultury za granicą
- 16 10 — obywatel polski wykonujący pracę w podmiocie zagranicznym za granicą lub w podmiocie zagranicznym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli podmiot nie posiada w Rzeczypospolitej Polskiej swojej siedziby ani przedstawicielstw
- 17 00 — osoba sprawująca opiekę nad członkiem rodziny spełniającym warunki do przyznania zasiłku pielęgnacyjnego, podlegająca dobrowolnym ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym
- 18 10 — student, uczestnik studiów doktoranckich lub osoba odbywająca staż adaptacyjny, podlegający dobrowolnym ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym
- 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 oraz osoba podlegająca dobrowolnie ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym w okresie zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej
- 20 10 — sędzia
- 20 20 — prokurator, ławnik sądowy, aplikant Krajowej Szkoły Sądownictwa i Prokuratury
- 20 30 — sędzia lub prokurator, za którego jest obowiązek opłacenia składek na ubezpieczenia społeczne, w związku z rozwiązaniem lub wygaśnięciem stosunku służbowego
- 21 10 — dziecko lub uczeń niepodlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu
- 21 20 — słuchacz zakładu kształcenia nauczycieli niepodlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu
- 22 10 — kombatant, za którego składki na ubezpieczenie zdrowotne ma obowiązek opłacać Urząd do Spraw Kombatanatów i Osób Represjonowanych
- 22 30 — osoba podlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu uprawnienia do świadczeń alimentacyjnych na podstawie ugody sądowej lub prawomocnego orzeczenia sądu

- 22 40 — członek rady nadzorczej, podlegający z tego tytułu 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 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
- 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 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 (Dz. U. Nr 237, poz. 1656), 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, dozowanie 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 izolacyjnoogrzewczych używanych w odlewnictwie i hutnictwie
- 16 — prace bezpośrednio przy ręcznym załadunku lub wyładunku pieców komorowych wyrobami ogniotrwałymi
- 17 — prace bezpośrednio przy ręcznym załadunku lub rozładunku gorących wyrobów ceramicznych
- 18 — prace bezpośrednio przy formowaniu wyrobów ogniotrwałych wielkogabarytowych przy użyciu ręcznych narzędzi wibracyjnych
- 19 — prace przy ręcznym formowaniu, odlewaniu, czyszczeniu lub szklwieniu wyrobów ceramicznych
- 20 — prace nurka lub kesoniarza, prace w komorach hiperbarycznych
- 21 — prace fizyczne ciężkie bezpośrednio przy przeładunku w ładowniach statku
- 22 — prace rybaków morskich
- 23 — prace na statkach żeglugi morskiej
- 24 — prace na morskich platformach wiertniczych
- 25 — prace w powietrzu wykonywane na statkach powietrznych przez personel pokładowy
- 26 — prace bezpośrednio przy obsłudze urządzeń wiertniczych i wydobywczych przy poszukiwaniu złóż ropy naftowej lub gazu ziemnego
- 27 — prace bezpośrednio przy obróbce odwiertów w górnictwie otworowym: ropy naftowej lub gazu ziemnego
- 28 — prace bezpośrednio przy spawaniu 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, kociołów, 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 tańczuchową
- 35 — prace w pomieszczeniach o narzuconej technologii temperaturze powietrza poniżej 0 °C
- 36 — prace fizyczne ciężkie w podziemnych kanałach ściekowych
- 37 — prace tancerzy zawodowych związane z bardzo ciężkim wysiłkiem fizycznym
- 38 — prace przy wywozie nieczystości stałych i płynnych oraz prace na wysypiskach i wylewiskach nieczystości związane z bardzo ciężkim wysiłkiem fizycznym
- 39 — prace przy kuciu ręcznym w kuźniach przemysłowych oraz obsłudze młotów mechanicznych
- 40 — prace przy produkcji węglików spiekanych, elektrod, rud i walczaków oraz żelazostopów

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

- w polu pierwszym należy wpisać numer załącznika (2)
- w polu drugim i trzecim należy wpisać numer rodzaju pracy:
- 01 — prace pilotów statków powietrznych (pilot, instruktor)
- 02 — prace kontrolerów ruchu lotniczego
- 03 — prace mechaników lotniczych związane z bezpośrednią obsługą potwierdzającą bezpieczeństwo statków powietrznych na płycie lotniska

- 04 — prace nawigatorów na statkach morskich oraz pilotów morskich
- 05 — prace maszynistów pojazdów trakcyjnych (maszynista pojazdów trakcyjnych, maszynista instruktor, maszynista zakładowy, maszynista wieloczynnościowych i ciężkich maszyn do kolejowych robót budowlanych i kolejowej sieci trakcyjnej, kierowca lokomotywy spalinowej o mocy do 300 KM, pomocnik maszynisty pojazdów trakcyjnych) i kierowników pociągów
- 06 — prace bezpośrednio przy ustawianiu drogi przebiegu pociągów i pojazdów metra (dyżurny ruchu, nastawniczy, manewrowy, ustawiacz, zwrotniczy, rewident taboru bezpośrednio potwierdzający bezpieczeństwo pociągu, dyspozytor ruchu metra, dyżurny ruchu i stacji metra)
- 07 — prace funkcjonariuszy straży ochrony kolei
- 08 — prace kierowców autobusów, trolejbusów oraz motorniczych tramwajów w transporcie publicznym
- 09 — prace kierowców pojazdów uprzywilejowanych
- 10 — prace kierowców pojazdów przewożących towary niebezpieczne wymagające oznakowania pojazdu tablicą ostrzegawczą barwy pomarańczowej, zgodnie z przepisami Umowy europejskiej dotyczącej międzynarodowego przewozu drogowego towarów niebezpiecznych (ADR), sporządzonej w Genewie dnia 30 września 1957 r.
- 11 — prace operatorów reaktorów jądrowych
- 12 — prace operatorów żurawi wieżowych, do obsługi których są wymagane uprawnienia kategorii IŻ lub równorzędne, oraz dźwignic portowych lub stoczniowych
- 13 — prace przy bezpośrednim sterowaniu procesami technologicznymi mogącymi stwarzać zagrożenie wystąpienia poważnej awarii przemysłowej ze skutkami dla bezpieczeństwa publicznego
- 14 — prace przy bezpośrednim sterowaniu procesami technicznymi mogącymi spowodować awarię techniczną z poważnymi skutkami dla bezpieczeństwa publicznego
- 15 — prace bezpośrednio przy produkcji materiałów wybuchowych, środków strzałowych, wyrobów pirotechnicznych oraz ich konfekcjonowaniu
- 16 — prace bezpośrednio przy sterowaniu blokami energetycznymi wytwarzającymi energię elektryczną lub ciepłą
- 17 — prace elektromonterów bezpośrednio przy usuwaniu awarii oraz eksploatacji napowietrznych sieci elektroenergetycznych w warunkach prac pod napięciem
- 18 — prace członków zespołów ratownictwa medycznego
- 19 — prace członków zawodowych ekip ratownictwa (chemicznego, górskiego, morskiego, górnictwa otworowego)
- 20 — prace pracowników jednostek ochrony przeciwpożarowej, o których mowa w art. 15 pkt 1a–5 i 8 ustawy z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej (Dz. U. z 2009 r. Nr 178, poz. 1380), 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 (Dz. U. z 2002 r. Nr 11, poz. 109, z późn. zm.)
- 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 (Dz. U. z 2009 r. Nr 175, poz. 1362)
- 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 (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.)
- 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

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 optacaniu składek:

- 111 — urlop bezpłatny
- 121 — urlop wychowawczy udzielony na podstawie art. 186 § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. — Kodeks pracy (Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94, z późn. zm.)
- 122 — urlop wychowawczy udzielony na podstawie art. 186 § 2 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

- 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
- 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 przekażą ubezpieczeni
- 2 — w przypadku gdy informację o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek przekażą płatnik składek
- 3 — w przypadku gdy informację o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek przekażą Zakład Ubezpieczeń Społecznych

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

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