

Warszawa, dnia 18 września 2013 r.

Poz. 1101

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ¹⁾**

z dnia 9 września 2013 r.

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

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

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

1) w § 1:

a) w ust. 1:

– uchyla się pkt 16,

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

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

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

b) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

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

2) w § 3 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

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

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 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Pracy i Polityki Społecznej (Dz. U. Nr 248, poz. 1485).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Załącznik nr 1

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM 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 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 IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ | | | | |
| 01. Numer PESEL ²⁾ | | 02. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04) | | 03. Seria i numer dokumentu |
| 04. Nazwisko | | 05. Data urodzenia (dd / mm / rrrr) | | |
| 06. Imię pierwsze | | | | |
| 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 WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

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

XI. ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU

01. Kod pocztowy 02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu 06. Numer lokalu

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

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

01. Kod pocztowy 02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu 06. Numer lokalu

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

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

01. Kod pocztowy 02. Miejscowość

03. Ulica

04. Numer domu 05. Numer lokalu

06. Skrytka pocztowa 07. Numer telefonu

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

09. Adres poczty elektronicznej

XIV. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęćka płatnika

XV. OŚWIADCZENIE OSOBY ZGŁASZANEJ / ZGŁOSZONEJ DO UBEZPIECZENIA

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

01. Podpis osoby zgłaszanej / zgłoszonej do ubezpieczenia

XVI. ADNOTACJE ZUS

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.

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

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

I. DANE ORGANIZACYJNE

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

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

| | |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 01. Numer NIP (wpisać bez kresek) | 02. Numer REGON |
| 03. Numer PESEL 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 PŁATNIKA SKŁADEK

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

03. Numer PESEL¹⁾

04. Numer NIP (wpisać bez kresek)²⁾

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

06. Seria i numer dokumentu

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

10. Kod stopnia pokrewieństwa / powinowactwa

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

12. Kod stopnia niepełnosprawności

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

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

01. Kod pocztowy

02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu

06. Numer lokalu

07. Numer telefonu

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

VI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

VII. OŚWIADCZENIE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęćka płatnika

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

01. Podpis osoby ubezpieczonej

VIII. ADNOTACJE ZUS

Area for additional notes from ZUS.

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

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

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

I. DANE ORGANIZACYJNE

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO (jeśli TAK, wpisać X) | <input type="checkbox"/> 02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH ¹⁾ |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | |
|-----------------------------------|-----------------|
| 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 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) |
|-------------------|-------------------------------------|

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PLATNIKA SKŁADEK

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA

| | | | |
|-------------------------------|-----|---------------------------------------------------|-----------------------------|
| 01. Numer PESEL ²⁾ | 02. | 03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04) | 04. Seria i numer dokumentu |
|-------------------------------|-----|---------------------------------------------------|-----------------------------|

05. Nazwisko

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

III. DANE IDENTYFIKACYJNE
OSOBY ZGŁASZANEJ
DO UBEZPIECZENIA

IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA

01. Imię drugie

02. Nazwisko rodowe

03. Obywatelstwo

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

V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA

01. Kod tytułu ubezpieczenia³⁾

VI. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

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

VII. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

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

VIII. ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU

| | |
|------------------|-----------------|
| 01. Kod pocztowy | 02. Miejscowość |
|------------------|-----------------|

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

| | |
|----------------|------------------|
| 05. Numer domu | 06. Numer lokalu |
|----------------|------------------|

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

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

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

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

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

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

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

XI. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęćka płatnika

XII. OŚWIADCZENIE OSOBY ZGŁASZANEJ / ZGŁOSZONEJ DO UBEZPIECZENIA

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

01. Podpis osoby zgłaszanej / zgłoszonej do ubezpieczenia

XIII. ADNOTACJE ZUS

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

²⁾ Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.

³⁾ Dla określonego kodu tytułu ubezpieczenia należy wypełnić formularz ZUS ZAA.

Załącznik nr 6

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

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

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGION

03. Numer PESEL 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. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia

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

03. Wymiar czasu pracy

| UBEZPIECZENIE | EMERYTALNE | RENTOWE | CHOROBY | WYPADKOWE |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------|
| 04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 05. SKŁADKA FINANSOWANA PRZEZ: | | | | |
| ubezpieczonego | 07. <input type="text"/> | 08. <input type="text"/> | 09. <input type="text"/> | 10. <input type="text"/> |
| płatnika | 11. <input type="text"/> | 12. <input type="text"/> | 13. <input type="text"/> | 14. <input type="text"/> |
| budżetu państwa | 15. <input type="text"/> | 16. <input type="text"/> | 17. <input type="text"/> | 18. <input type="text"/> |
| PFRON ²⁾ | 19. <input type="text"/> | 20. <input type="text"/> | 21. <input type="text"/> | 22. <input type="text"/> |
| Fundusz Kościelny | 23. <input type="text"/> | 24. <input type="text"/> | 25. <input type="text"/> | 26. <input type="text"/> |
| 27. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składki w ramach pracowniczego programu emerytalnego | <input type="text"/> | | 28. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.26) | <input type="text"/> |

III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Podstawa wymiaru składki

02. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika ³⁾

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

04. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego

05. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny

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

01. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego

02. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego

03. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego

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

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

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

IV A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

IV. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia

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

03. Wymiar czasu pracy

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

IV. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Podstawa wymiaru składki

02. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika³⁾

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

04. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego

05. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny

IV. D. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA⁴⁾

01. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego

02. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego

03. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego

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

V. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęćka płatnika

VI. ADNOTACJE ZUS

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

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

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

VI. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ 04. Identyfikator

VI. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

VI. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

| | |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 01. Kod tytułu ubezpieczenia | 02. Podstawa wymiaru składki |
| 03. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika ¹⁾ | 04. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS |
| 05. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego | 06. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny |

VII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ 04. Identyfikator

VII. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

VII. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

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

VIII. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

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

IX. ADNOTACJE ZUS

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

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

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

| | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------|
| ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH | | ZUS | DRA | strona: 1 | DEKLARACJA ROZLICZENIOWA | |
| I. DANE ORGANIZACYJNE | | 02. Identyfikator deklaracji (numer / mm / rrrr) | | 05. Znak i numer decyzji pokontrolnej | | |
| 01. Termin przysyłania deklaracji i raportów | | 04. Nalepka „R” | | | | |
| 03. Data nadania (dd / mm / rrrr) | | | | | | |
| II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK | | | | | | |
| 01. Numer NIP (wpisać bez kresek) | | 02. Numer REGON | | 05. Seria i numer dokumentu | | |
| 03. Numer PESEL ¹⁾ | | 04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2 | | | | |
| 06. Nazwa skrócona | | | | | | |
| 07. Nazwisko | | | | | | |
| 08. Imię pierwsze | | | | 09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr) | | |
| III. 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 |
| | zł, gr | | zł, gr | | zł, gr | |
| SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ: | 04. | ubezpieczonych | 05. | | 06. | (p. 04 + p. 05) |
| | zł, gr | | zł, gr | | zł, gr | |
| płatnika | 07. | | 08. | | 09. | (p. 07 + p. 08) |
| | zł, gr | | zł, gr | | zł, gr | |
| budżet państwa | 10. | | 11. | | 12. | (p. 10 + p. 11) |
| | zł, gr | | zł, gr | | zł, gr | |
| PFRON ²⁾ | 13. | | 14. | | 15. | (p. 13 + p. 14) |
| | zł, gr | | zł, gr | | zł, gr | |
| Fundusz Kościelny | 16. | | 17. | | 18. | (p. 16 + p. 17) |
| | zł, gr | | zł, gr | | zł, gr | |
| SUMY SKŁADEK | 19. | Kwota składek na ubezpieczenie chorobowe | 20. | Kwota składek na ubezpieczenie wypadkowe | 21. | Suma kwot składek na ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe |
| | zł, gr | | zł, gr | | zł, gr | |
| SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ: | 22. | ubezpieczonych | 23. | | 24. | (p. 22 + p. 23) |
| | zł, gr | | zł, gr | | zł, gr | |
| płatnika | 25. | | 26. | | 27. | (p. 25 + p. 26) |
| | zł, gr | | zł, gr | | zł, gr | |
| budżet państwa | 28. | | 29. | | 30. | (p. 28 + p. 29) |
| | zł, gr | | zł, gr | | zł, gr | |
| PFRON ²⁾ | 31. | | 32. | | 33. | (p. 31 + p. 32) |
| | zł, gr | | zł, gr | | zł, gr | |
| Fundusz Kościelny | 34. | | 35. | | 36. | (p. 34 + p. 35) |
| | zł, gr | | zł, gr | | zł, gr | |
| 37. Kwota składek na ubezpieczenia społeczne, które powinien przekazać płatnik (p. 06 + p. 09 + p. 24 + p. 27) | | | | | zł, gr | |
| 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) | | |
| zł, gr | | zł, gr | | zł, gr | | |
| 02. Kwota wynagrodzenia należnego płatnikowi od wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego | | 04. Kwota wypłaconych świadczeń finansowanych z budżetu państwa ³⁾ | | | | |
| zł, gr | | zł, gr | | | | |
| VI. ROZLICZENIE CZĘŚCI IV I V | | | | | | |
| 01. Kwota do zwrotu przez ZUS: (p.V. 05 - p.IV. 37) | | 02. Kwota do zapłaty przez płatnika: (p. IV. 37 - p.V. 05) | | | | |
| zł, gr | | zł, gr | | | | |

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

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

VII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

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

VIII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FP I FGŚP

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

IX. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FUNDUSZ EMERYTUR POMOSTOWYCH

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

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

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

XI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęć płatnika

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

XII. ADNOTACJE ZUS

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

²⁾ Pół nie wypełnia się w dokumentach za okres od stycznia 2008 r., a w razie składania korekt za okres do grudnia 2007 r. może zostać wykazana kwota, nie wyższa od kwoty dofinansowania uwzględnionego w deklaracji za ten okres, złożonej nie później niż 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⁾ W polu tym należy także wykazać kwotę składek finansowanych z budżetu państwa, jeśli dotację otrzymuje płatnik.

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

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

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator informacji (numer/rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP 02. Numer REGON

03. Numer PESEL¹⁾ 04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2 05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwisko 07. Imię pierwsze

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

III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze 03. Typ 04. Identyfikator

OKRES ROZLICZENIOWY (mm/rrrr)

III. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

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

| UBEZPIECZENIE | EMERYTALNE | RENTOWE | CHOROBY | WYPADKOWE |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 05. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 06. SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ: | | | | |
| ubezpieczonych | 08. <input type="text"/> | 09. <input type="text"/> | 10. <input type="text"/> | 11. <input type="text"/> |
| płatnika | 12. <input type="text"/> | 13. <input type="text"/> | 14. <input type="text"/> | 15. <input type="text"/> |
| budżetu państwa | 16. <input type="text"/> | 17. <input type="text"/> | 18. <input type="text"/> | 19. <input type="text"/> |
| PFRON ²⁾ | 20. <input type="text"/> | 21. <input type="text"/> | 22. <input type="text"/> | 23. <input type="text"/> |
| Fundusz Kościelny | 24. <input type="text"/> | 25. <input type="text"/> | 26. <input type="text"/> | 27. <input type="text"/> |

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

29. Łączna kwota składek (suma od p. 08 do p. 27) zł, gr

III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Podstawa wymiaru składki zł, gr

02. Kwota należnej składki finansowanej przez płatnika zł, gr

03. Kwota należnej składki finansowanej przez ubezpieczonego zł, gr

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

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

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

01. Kod świadczenia/przerwy 02. Okres od-do (dd/mm/rrrr) -

03. Liczba dni zasiłkowych/wypłat 04. Kwota zł, gr

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

OKRES ROZLICZENIOWY

(mm/rrrr)

III. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

| | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------|
| 01. Kod tytułu ubezpieczenia | 02. Kod NFZ | 03. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe | 04. Wymiar czasu | |
| UBEZPIECZENIE | EMERYTALNE | RENTOWE | CHOROBY | WYPADKOWE |
| PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI | 05. | | 06. | 07. |
| SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ: | | | | |
| ubezpieczonych | 08. | 09. | 10. | 11. |
| płatnika | 12. | 13. | 14. | 15. |
| budżet państwa | 16. | 17. | 18. | 19. |
| PFRON ²⁾ | 20. | 21. | 22. | 23. |
| Fundusz Kościelny | 24. | 25. | 26. | 27. |
| 28. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego | | | 29. Łączna kwota składek (suma od p. 08 do p. 27) | |

III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

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

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

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

IV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd/mm/rrrr)

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

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

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

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

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VII. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

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

VII. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

VIII. ADNOTACJE ZUS

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