

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA RODZINY, PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ¹⁾**

z dnia 20 grudnia 2019 r.

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

Na podstawie art. 49 ust. 2 i 4 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 300, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 grudnia 2018 r. w sprawie określenia wzorów zgłoszeń do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego, imiennych raportów miesięcznych i imiennych raportów miesięcznych korygujących, zgłoszeń płatnika składek, deklaracji rozliczeniowych i deklaracji rozliczeniowych korygujących, zgłoszeń danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, raportów informacyjnych, oświadczeń o zamiarze przekazania raportów informacyjnych oraz innych dokumentów (Dz. U. poz. 2495) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) załącznik nr 12 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 1 do niniejszego rozporządzenia;
- 2) załącznik nr 17 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 2 do niniejszego rozporządzenia;
- 3) załączniki nr 19 i 20 do rozporządzenia otrzymują brzmienie określone odpowiednio w załącznikach nr 3 i 4 do niniejszego rozporządzenia;
- 4) w załączniku nr 24 do rozporządzenia w części I „Kod tytułu ubezpieczenia” w dziale 1 „Podmiot podstawowy wraz z rozszerzeniem” wyrazy „05 43 – współnik jednoosobowej spółki z ograniczoną odpowiedzialnością oraz współnicy spółki jawnej, komandytowej lub partnerskiej” zastępuje się wyrazami „05 43 – współnik jednoosobowej spółki z ograniczoną odpowiedzialnością, współnicy spółki jawnej, komandytowej lub partnerskiej oraz akcjonariusz prostej spółki akcyjnej wnoszący jako wkład świadczenie pracy lub usług”.

§ 2. Do dokumentów przekazywanych za okresy przypadające przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia stosuje się wzory określone w przepisach rozporządzenia zmienianego w § 1 w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 czerwca 2020 r., z wyjątkiem § 1 pkt 4, który wchodzi w życie z dniem 1 marca 2020 r.

Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej: *M. Maląg*

¹⁾ Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej kieruje działem administracji rządowej – zabezpieczenie społeczne, na podstawie § 1 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2019 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (Dz. U. poz. 2267).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2019 r. poz. 303, 730, 1495, 1553, 1590, 1655, 1818, 2020, 2070, 2473 i 2550.

Załączniki do rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 grudnia 2019 r. (poz. 81)

Załącznik nr 1

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

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PLATNIKA SKŁADEK

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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 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. 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			
PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	04.		05.	06.			
	zł, gr		zł, gr	zł, gr			
SKŁADKA FINANSOWANA PRZEZ:							
ubezpieczonego	07.	08.	09.	10.			
	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr			
płatnika składek	11.	12.	13.	14.			
	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr			
budżet państwa	15.	16.	17.	18.			
	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr			
PFRON ²⁾	19.	20.	21.	22.			
	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr			
Fundusz Kościelny	23.	24.	25.	26.			
	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr			
27. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składki w ramach pracowniczego programu emerytalnego		zł, gr		29. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.26)			
28. Kwota wpłaty w ramach pracowniczego planu kapitałowego finansowana przez płatnika składek		zł, gr		zł, gr			
III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE							
01. Podstawa wymiaru składki		zł, gr		03. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS			
02. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika składek ³⁾		zł, gr		05. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny			
04. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego		zł, gr		zł, gr			
III. D. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA⁴⁾							
01. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego		zł, gr		02. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego			
03. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego		zł, gr		04. Łączna kwota wypłaconych zasiłków (p.01 + p.02 + p.03)			
				zł, gr			

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

ZAKŁAD UBEZPIECZENIA 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	CHOROBY	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 składek	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 ²⁾	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. Kwota wpłaty w ramach pracowniczego planu kapitałowego finansowana przez płatnika składek	zł, gr		29. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.26)	zł, gr

IV. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

IV. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Podstawa wymiaru składki

02. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika składek³⁾

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 PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

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

VI. ADNOTACJE ZUS

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

PLATNIK WYPELNI 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			
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. (p. 01 + p. 02) Suma kwot składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe	
	zi, gr		zi, gr		zi, gr	
	04. ubezpieczonych		05. ubezpieczonych		06. (p. 04 + p. 05)	
	zi, gr		zi, gr		zi, gr	
	07. płatnika składek		08. płatnika składek		09. (p. 07 + p. 08)	
	zi, gr		zi, gr		zi, gr	
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:	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. (p. 19 + p. 20) Suma kwot składek na ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe	
	zi, gr		zi, gr		zi, gr	
	22. ubezpieczonych		23. ubezpieczonych		24. (p. 22 + p. 23)	
	zi, gr		zi, gr		zi, gr	
	25. płatnika składek		26. płatnika składek		27. (p. 25 + p. 26)	
	zi, gr		zi, gr		zi, gr	
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:	28. budżet państwa		29. budżet państwa		30. (p. 28 + p. 29)	
	zi, gr		zi, gr		zi, gr	
	31. PFRON ²⁾		32. PFRON ²⁾		33. (p. 31 + p. 32)	
	zi, gr		zi, gr		zi, gr	
	34. Fundusz Kościelny		35. Fundusz Kościelny		36. (p. 34 + p. 35)	
	zi, gr		zi, gr		zi, gr	
37. Kwota składek na ubezpieczenia społeczne, które powinien przekazać płatnik składek (p. 06 + p. 09 + p. 24 + p. 27)					zi, gr	
V. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ PODLEGAJĄCYCH ROZLICZENIU W CIĘŻAR SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE						
01. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego		zi, gr		03. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego		
zi, gr				zi, gr		
02. Kwota wynagrodzenia należnego płatnikowi składek od wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego		zi, gr		04. Kwota wypłaconych świadczeń finansowanych z FUS ³⁾		
zi, gr				zi, gr		
05. Łączna kwota do potrącenia (p. 01 + p. 02 + p. 03 + p. 04)					zi, gr	

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS	DRA	strona: 2	DEKLARACJA ROZLICZENIOWA
VI. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE				
01. Kwota należnych składek finansowana przez płatnika składek ⁴⁾	<input type="text"/>		zł	gr <input type="text"/>
02. Kwota należnych składek finansowana przez ubezpieczonych	<input type="text"/>		zł	gr <input type="text"/>
03. Kwota należnych składek finansowana przez Fundusz Kościelny	<input type="text"/>		zł	gr <input type="text"/>
04. Kwota należnych składek finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS	<input type="text"/>		zł	gr <input type="text"/>
05. Kwota należnych składek do przekazania przez płatnika składek (p. 01 + p. 02)	<input type="text"/>		zł	gr <input type="text"/>
06. Kwota należnego wynagrodzenia dla płatnika składek ⁵⁾	<input type="text"/>		zł	gr <input type="text"/>
07. Kwota do zapłaty (p. 05 – p. 06)				<input type="text"/>
VII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FP I SFWON ORAZ FGŚP				
01. Kwota należnych składek na Fundusz Pracy i Solidarnościowy Fundusz Wsparcia Osób Niepełnosprawnych ⁶⁾	<input type="text"/>		zł	gr <input type="text"/>
02. Kwota należnych składek na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych	<input type="text"/>		zł	gr <input type="text"/>
03. Kwota do zapłaty (p. 01 + p. 02)				<input type="text"/>
VIII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FUNDUSZ EMERYTUR POMOSTOWYCH				
01. Liczba pracowników, za których jest opłacana składka na Fundusz Emerytur Pomostowych	<input type="text"/>			
02. Liczba stanowisk pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze	<input type="text"/>			
03. Suma należnych składek na Fundusz Emerytur Pomostowych				<input type="text"/>
IX. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK DO ZWROTU / ZAPŁATY (p.IV.37 + p.VI.07 + p.VII.03 + p.VIII.03 - p.V.05)				
01. Kwota do zwrotu przez ZUS ⁷⁾	<input type="text"/>		zł	gr <input type="text"/>
02. Kwota do zapłaty				<input type="text"/>
X. DEKLARACJA DOCHODU (wypełniają osoby, które opłacają składki wyłącznie za siebie)				
01. Kod tytułu ubezpieczenia	<input type="text"/>			
02. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe	<input type="text"/>		zł	gr <input type="text"/>
03. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe	<input type="text"/>		zł	gr <input type="text"/>
04. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie wypadkowe	<input type="text"/>		zł	gr <input type="text"/>
05. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne	<input type="text"/>		zł	gr <input type="text"/>
06. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe				<input type="checkbox"/>
XI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK				
01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)				
<input type="text"/>				
Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.				
02. Podpis płatnika składek lub osoby upoważnionej			03. Pieczęćka płatnika składek	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	
Pouczenie: W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. IX.02 lub wpłacania jej w niepełnej wysokości, niniejsza deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz. U. z 2019 r. poz. 1438, 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 w dniu 30 czerwca 2008 r. ³⁾ W polu należy wykazać wypłacaną za okres od stycznia 2016 r. kwotę podwyższenia zasiłku macierzyńskiego do wysokości kwoty świadczenia rodzicielskiego finansowanego z funduszu chorobowego. ⁴⁾ W polu tym należy także wykazać kwotę składek finansowanych z budżetu państwa, jeżeli dotację otrzymuje płatnik składek. ⁵⁾ Za okres od 1 kwietnia 2003 r. płatnik składek nie ma prawa do wynagrodzenia za rozliczenie składek na ubezpieczenie zdrowotne. ⁶⁾ Za okres od stycznia 2019 r. kwotę należnych składek stanowi suma stóp procentowych na Fundusz Pracy i Solidarnościowy Fundusz Wsparcia Osób Niepełnosprawnych. ⁷⁾ Kwota nadpłaty, zgodnie z art. 24 ust. 6a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 300, z późn. zm.), podlega zaliczeniu przez Zakład z urzędu na poczet zaległych lub bieżących składek, a w razie ich braku na poczet przyszłych składek, chyba że płatnik składek złoży wniosek o zwrot składek.				

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	INFORMACJA MIESIĘCZNA DLA OSOBY UBEZPIECZONEJ																																															
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK	I. DANE ORGANIZACYJNE 01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr) <input style="width: 100px;" type="text"/>																																															
	II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK 01. Numer NIP <input style="width: 150px;" type="text"/>																																															
	02. Numer REGON <input style="width: 250px;" type="text"/>																																															
	03. Numer PESEL ¹⁾ <input style="width: 150px;" type="text"/>																																															
	04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2 <input style="width: 50px;" type="text"/>																																															
	05. Seria i numer dokumentu <input style="width: 200px;" type="text"/>																																															
	06. Nazwisko <input style="width: 300px;" type="text"/>																																															
	07. Imię pierwsze <input style="width: 150px;" type="text"/>																																															
	08. Nazwa skrócona <input style="width: 300px;" type="text"/>																																															
	09. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) <input style="width: 100px;" type="text"/>																																															
III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ	III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ 01. Nazwisko <input style="width: 400px;" type="text"/>																																															
	02. Imię pierwsze <input style="width: 350px;" type="text"/>																																															
	03. Typ <input style="width: 50px;" type="text"/>																																															
	04. Identyfikator <input style="width: 100px;" type="text"/>																																															
	III. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE 01. Kod tytułu ubezpieczenia <input style="width: 100px;" type="text"/>																																															
	02. Kod NFZ <input style="width: 50px;" type="text"/>																																															
	03. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe <input style="width: 50px;" type="text"/>																																															
	04. Wymiar czasu <input style="width: 100px;" type="text"/>																																															
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">UBEZPIECZENIE</th> <th style="width: 25%;">EMERYTALNE</th> <th style="width: 25%;">RENTOWE</th> <th style="width: 25%;">CHOROBOWE</th> <th style="width: 10%;">WYPADKOWE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI</th> <th style="width: 15%;">05.</th> <th style="width: 15%;">06.</th> <th style="width: 15%;">07.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>zł; gr</td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> </tbody> </table> </td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ: ubezpieczonych </td> <td>08. <input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td>09. <input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td>10. <input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td>11. <input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td> płatnika składek </td> <td>12. <input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td>13. <input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td>14. <input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td>15. <input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td> budżet państwa </td> <td>16. <input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td>17. <input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td>18. <input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td>19. <input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td> PFRON²⁾ </td> <td>20. <input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td>21. <input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td>22. <input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td>23. <input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td> Fundusz Kościelny </td> <td>24. <input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td>25. <input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td>26. <input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td>27. <input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBOWE	WYPADKOWE	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI</th> <th style="width: 15%;">05.</th> <th style="width: 15%;">06.</th> <th style="width: 15%;">07.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>zł; gr</td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	05.	06.	07.	zł; gr	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>					SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ: ubezpieczonych	08. <input style="width: 40px;" type="text"/>	09. <input style="width: 40px;" type="text"/>	10. <input style="width: 40px;" type="text"/>	11. <input style="width: 40px;" type="text"/>	płatnika składek	12. <input style="width: 40px;" type="text"/>	13. <input style="width: 40px;" type="text"/>	14. <input style="width: 40px;" type="text"/>	15. <input style="width: 40px;" type="text"/>	budżet państwa	16. <input style="width: 40px;" type="text"/>	17. <input style="width: 40px;" type="text"/>	18. <input style="width: 40px;" type="text"/>	19. <input style="width: 40px;" type="text"/>	PFRON ²⁾	20. <input style="width: 40px;" type="text"/>	21. <input style="width: 40px;" type="text"/>	22. <input style="width: 40px;" type="text"/>	23. <input style="width: 40px;" type="text"/>	Fundusz Kościelny	24. <input style="width: 40px;" type="text"/>	25. <input style="width: 40px;" type="text"/>	26. <input style="width: 40px;" type="text"/>	27. <input style="width: 40px;" type="text"/>				
	UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBOWE	WYPADKOWE																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI</th> <th style="width: 15%;">05.</th> <th style="width: 15%;">06.</th> <th style="width: 15%;">07.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>zł; gr</td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	05.	06.	07.	zł; gr	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>																																								
PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	05.	06.	07.																																													
zł; gr	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>																																													
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ: ubezpieczonych	08. <input style="width: 40px;" type="text"/>	09. <input style="width: 40px;" type="text"/>	10. <input style="width: 40px;" type="text"/>	11. <input style="width: 40px;" type="text"/>																																												
płatnika składek	12. <input style="width: 40px;" type="text"/>	13. <input style="width: 40px;" type="text"/>	14. <input style="width: 40px;" type="text"/>	15. <input style="width: 40px;" type="text"/>																																												
budżet państwa	16. <input style="width: 40px;" type="text"/>	17. <input style="width: 40px;" type="text"/>	18. <input style="width: 40px;" type="text"/>	19. <input style="width: 40px;" type="text"/>																																												
PFRON ²⁾	20. <input style="width: 40px;" type="text"/>	21. <input style="width: 40px;" type="text"/>	22. <input style="width: 40px;" type="text"/>	23. <input style="width: 40px;" type="text"/>																																												
Fundusz Kościelny	24. <input style="width: 40px;" type="text"/>	25. <input style="width: 40px;" type="text"/>	26. <input style="width: 40px;" type="text"/>	27. <input style="width: 40px;" type="text"/>																																												
28. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego <input style="width: 100px;" type="text"/>																																																
29. Kwota wpłaty w ramach pracowniczego planu kapitałowego finansowana przez płatnika składek <input style="width: 100px;" type="text"/>			30. Łączna kwota składek (suma od p. 08 do p. 27) <input style="width: 100px;" type="text"/>																																													

| **III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE** 01. Podstawa wymiaru składki |
| 02. Kwota należnej składki finansowanej przez płatnika składek³⁾ |
| 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 CHOROBOWEJ ORAZ RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK** 01. Kod świadczenia / przerwy |
| 02. Okres od-do (dd/mm/rrrr) |
| 03. Liczba dni zasiłkowych / wypłat |
| 04. Kwota |

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

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

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

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

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

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

01. Kwota

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

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

III. I. OKRESY WYKONYWANIA PRACY NAUCZYCIELSKIEJ⁴⁾

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

IV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

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

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

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

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

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH		INFORMACJA ROCZNA DLA OSOBY UBEZPIECZONEJ			
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK	I. DANE ORGANIZACYJNE				
	01. Identyfikator raportu (numer/rrrr)				
	II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK				
	01. Numer NIP		02. Numer REGON		
	03. Numer PESEL ¹⁾		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	06. zł; gr	07. zł; gr	08. zł; gr	09. zł; gr	
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:					
ubezpieczonych	10. zł; gr	11. zł; gr	12. zł; gr	13. zł; gr	
płatnika składek	14. zł; gr	15. zł; gr	16. zł; gr	17. zł; gr	
budżet państwa	18. zł; gr	19. zł; gr	20. zł; gr	21. zł; gr	
PFRON ²⁾	22. zł; gr	23. zł; gr	24. zł; gr	25. zł; gr	
Fundusz Kościelny	26. zł; gr	27. zł; gr	28. zł; gr	29. zł; gr	
28. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składki w ramach pracowniczego programu emerytalnego		zł; gr			
29. Kwota wpłaty w ramach pracowniczego planu kapitałowego finansowana przez płatnika składek		zł; gr		30. Łączna kwota składek (suma od p. 08 do p. 27) zł; gr	
III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE					
01. Podstawa wymiaru składki		zł; gr			
02. Kwota należnej składki finansowanej przez płatnika składek ³⁾		zł; gr		04. Kwota należnej składki finansowanej z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS	
03. Kwota należnej składki finansowanej przez ubezpieczonego		zł; gr		05. Kwota należnej składki finansowanej przez Fundusz Kościelny	
		zł; gr			
III. D. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ I WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBEJ 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

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

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

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

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

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

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

01. Kwota

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

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

III. I. OKRESY WYKONYWANIA PRACY NAUCZYCIELSKIEJ⁴⁾

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

IV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

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

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

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

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

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

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ