

717

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ¹⁾

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

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 ZIUA, stanowiące załącznik nr 4 do rozporządzenia;
- 5) wyrejestrowanie z ubezpieczeń — o symbolu ZUS ZWUA, stanowiące załącznik nr 5 do rozporządzenia;
- 6) zgłoszenie/zmiana danych płatnika składek — osoby prawnej lub jednostki organizacyjnej nieposiadającej osobowości prawnej — o symbolu ZUS ZPA, stanowiące załącznik nr 6 do rozporządzenia;
- 7) zgłoszenie/zmiana danych płatnika składek — osoby fizycznej — o symbolu ZUS ZFA, stanowiące załącznik nr 7 do rozporządzenia;
- 8) zgłoszenie zmiany danych identyfikacyjnych płatnika składek — o symbolu ZUS ZIPA, stanowiące załącznik nr 8 do rozporządzenia;
- 9) wyrejestrowanie płatnika składek — o symbolu ZUS ZWPA, stanowiące załącznik nr 9 do rozporządzenia;
- 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.

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. 1. Dokumenty, o których mowa w § 1, są wypełniane przy użyciu kodów, których wykaz jest zawarty w instrukcji udostępnionej w formie papierowej w terenowych jednostkach organizacyjnych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz na stronach internetowych tego Zakładu.

2. Wykaz kodów wykorzystywanych przy wypełnianiu dokumentów ubezpieczeniowych, o których mowa w ust. 1, określony jest w załączniku nr 17 do rozporządzenia.

§ 3. Dla dokumentów, o których mowa w § 1 ust. 1 pkt 1—11, 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.

§ 4. 1. Płatnicy składek mogą do wyczerpania zapasów posługiwać się wzorami dokumentów określonymi w rozporządzeniu, o którym mowa w § 5, jeżeli do-

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, 793 i Nr 176, poz. 1243 oraz z 2008 r. Nr 63, poz. 394 i Nr 67, poz. 411.

kumenty są przekazywane w formie dokumentu pisemnego.

2. W przypadku składania 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 Socjalnej z dnia 4 grudnia 1998 r. w sprawie określenia wzorów zgłoszeń do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego, imiennych raportów miesięcznych i imiennych raportów miesięcz-

nych korygujących, zgłoszeń płatnika, deklaracji rozliczeniowych i deklaracji rozliczeniowych korygujących oraz innych dokumentów (Dz. U. Nr 149, poz. 982, z późn. zm.³⁾).

§ 6. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2008 r.

Minister Pracy i Polityki Społecznej: *J. Fedak*

³⁾ Zmiany wymienionego rozporządzenia zostały ogłoszone w Dz. U. z 2002 r. Nr 120, poz. 1027, z 2003 r. Nr 150, poz. 1457, z 2004 r. Nr 1, poz. 3, Nr 101, poz. 1039 i Nr 277, poz. 2753, z 2006 r. Nr 53, poz. 387 oraz z 2007 r. Nr 220, poz. 1634.

Załączniki do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24 czerwca (poz. 717)

Załącznik nr 1

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZUA	strona 1	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ	
I. DANE ORGANIZACYJNE				
01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ <small>(jeśli TAK, wpisać X)</small>		02.	03. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ <small>(nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych)¹⁾</small>	
04. Data nadania (dd / mm / rrrr)				
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK				
01. NIP (wpisać bez kresek)		02. REGON		
03. PESEL		INNY NUMER 04. Rodzaj dokumentu: <small>jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2</small>	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. PESEL		02. NIP (wpisać bez kresek)	03. Rodzaj dokumentu <small>(wypełnić jak pole II.04)</small>	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)
05.		06.		
V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA				
01. Kod tytułu ubezpieczenia ^{2), 3)}		02.		
VI. DANE O OBOWIĄZKOWYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH				
01.		02. Data powstania obowiązku ubezpieczeń (dd / mm / rrrr)		Osoba zgłaszana podlega ubezpieczeniom: <small>(wpisać X w odpowiednim polu)</small>
				03. Emerytalnemu 05. Chorobowemu
				04. Rentowym 06. Wypadkowemu
VII. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM				
01. Data powstania obowiązku ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)				
VIII. DANE O DOBROWOLNYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH				
Wnosząc o objęcie ubezpieczeniami ¹⁾ <small>(wpisać X w odpowiednim polu)</small>				
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.		
X. INNE DANE O OSOBE ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ				
01.		02.		
03.		04.		05. Kod wykonywanego zawodu ²⁾
06.		07.		
		06.		

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

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

X. INNE DANE O OSOBE ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ cd.

09. Kod pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze²⁾ 10. Okres pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze (dd / mm / rrrr)

--	--

XI. DANE O ODDZIALE NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

01. Kod oddziału³⁾ 02. NFZ 03.

--	--

XII. ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU

01. Kod pocztowy 02. Miejscowość

--	--

03. Gmina / Dzielnica

--

04. Ulica

--

05. Numer domu 06. Numer lokalu

--	--

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

--	--	--

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

01. Kod pocztowy 02. Miejscowość

--	--

03. Gmina / Dzielnica

--

04. Ulica

--

05. Numer domu 06. Numer lokalu

--	--

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

--	--	--

XIV. 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

--

XV. 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

--

XVI. 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

--

XVII. ADNOTACJE ZUS

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

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

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. NIP (wpisać bez kresek) 02. REGON

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

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

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

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PŁATNIKA SKŁADEK

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

05. Nazwisko

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

III. DANE
IDENTYFIKACYJNE
OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

01. Zgłoszenia nowego członka rodziny (wpisać - 1) /
wyrejestrowania członka rodziny (wpisać - 2)

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

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

07. Nazwisko

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

10. Kod stopnia pokrewieństwa / powinowactwa¹⁾ 11.

12. Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie
domowym z osobą ubezpieczoną? Jeśli TAK, wpisać X. 13. Kod stopnia niepełnosprawności¹⁾

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS 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) /
wyrejestrowania członka rodziny (wpisać - 2)

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

03. PESEL

04. NIP (wpisać bez kresek)

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

06. Seria i numer dokumentu

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

10. Kod stopnia pokrewieństwa / powinowactwa ¹⁾

11.

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

13. Kod stopnia niepełnosprawności ¹⁾

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)

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⁾Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji.

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH		ZUS 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						
01. NIP (wpisać bez kresek)			02. REGON			
03. PESEL			INNY NUMER		05. Seria i numer dokumentu	
06. Nazwa skrócona			04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2			
07. Nazwisko						
08. Imię pierwsze					09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA						
01. PESEL			02. NIP (wpisać bez kresek)		03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)	
05. Nazwisko			04. Seria i numer dokumentu			
06. Imię pierwsze					07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA						
01. Imię drugie						
02. Nazwisko rodowe						
03. Obywatelstwo						
05.						04. Płeć (wpisać: K - kobieta, M - mężczyzna)
06.						
V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA						
01. Kod tytułu ubezpieczenia ²⁾						
VI. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM						
01. Data powstania obowiązku ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)						
VII. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM						
01. Data rozpoczęcia ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)					02. zł; gr	
VIII. DANE O ODDZIALE NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA						
01. Kod oddziału ³⁾			02. NFZ			
			03.			
IX. 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 TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM, PRZED WYPELNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

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

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

01. Kod pocztowy 02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu 06. Numer lokalu

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

XI. 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

XII. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęćka płatnika

XIII. OŚWIADCZENIE OSOBY ZGŁASZANEJ / ZGŁOSZONEJ DO UBEZPIECZENIA

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

01. Podpis osoby zgłaszanej / zgłoszonej do ubezpieczenia

XIV. ADNOTACJE ZUS

¹⁾ W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZIUA.
²⁾ Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji.
³⁾ Dla określonego kodu tytułu ubezpieczenia należy wypełnić formularz ZUS ZBA.

PŁATNIK WYPEŁNIA TYLKO POLAJASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM, PRZED WYPEŁNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEN 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. NIP (wpisać bez kresek)		02. REGON	
03. PESEL		INNY NUMER 04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2	
05. Nazwa skrócona		05. Seria i numer dokumentu	
07. Nazwisko			
08. Imię pierwsze		09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
III. POPRZEDNIE DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ			
01. PESEL		02. NIP (wpisać bez kresek)	
03. Nazwisko		03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)	
04. Seria i numer dokumentu		05. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
IV. AKTUALNE DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ			
01. PESEL		02. NIP (wpisać bez kresek)	
03. Nazwisko		03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)	
04. Seria i numer dokumentu		05. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
V. 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		VI. OŚWIADCZENIE OSOBY UBEZPIECZONEJ	
03. Pieczęćka płatnika			
VII. ADNOTACJE ZUS			

PŁATNIK WYPEŁNIA TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBISKIM KOŁOREM, PRZED WYPEŁNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZWUA	WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ	
I. DANE ORGANIZACYJNE			
01. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ (jeśli TAK, wpisać X)		02.	03.
05. Data nadania (dd / mm / rrr)		04. ZGŁOSZENIE KOREKTY DANYCH O WYREJESTROWANIU Z UBEZPIECZEŃ (jeśli TAK, wpisać X)	
06. Nalepka „R”			
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK			
01. NIP (wpisać bez kresek)		02. REGON	
03. PESEL		05. Seria i numer dokumentu	
06. Nazwa skrócona		INNY NUMER: 04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2	
07. Nazwisko			
08. Imię pierwsze		09. Data urodzenia (dd / mm / rrr)	
III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY WYREJESTROWYWANEJ Z UBEZPIECZEŃ			
01. PESEL		03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)	
02. NIP (wpisać bez kresek)		04. Seria i numer dokumentu	
05. Nazwisko			
06. Imię pierwsze		07. Data urodzenia (dd / mm / rrr)	
IV. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ			
01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾		Wyrejestrowanie z ubezpieczeń od dnia (dd / mm / rrr)	Kod przyczyny wyrejestrowania ¹⁾
02.		03.	04.
05.		06.	07.
08.		09.	10.
11.		12.	13.
14.		15.	16.
V.			
01.		02.	
VI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK		VII. OŚWIADCZENIE OSOBY WYREJESTROWYWANEJ Z UBEZPIECZEŃ	
01. Data wypełnienia (dd / mm / rrr)		Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.	
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	
02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej			
03. Pieczęćka płatnika			
VIII. ADNOTACJE ZUS			

¹⁾Wpisać odpowiedni kod podany w (instrukcj).

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

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

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. ZGŁOSZENIE PŁATNIKA SKŁADEK (wpiąć X) 02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpiąć - 1) / KOREKTY (wpiąć - 2) DANYCH PŁATNIKA SKŁADEK (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych) ¹⁾

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

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. NIP (wpiąć bez kresiek) 02. REGON

03. Nazwa skrócona

III. DANE EWIDENCYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Nazwa / Firma (zgodnie z aktem prawnym konstytuującym podmiot)

02. Czy płatnik jest jednostką budżetową w rozumieniu ustawy z dnia 30.06.2005 r. o finansach publicznych? Jeśli TAK, wpiąć X. 03. Czy płatnik jest zakładem budżetowym lub gospodarstwem pomocniczym w rozumieniu ustawy z dnia 30.06.2005 r. o finansach publicznych? Jeśli TAK, wpiąć X.

04. Nazwa organu założycielskiego

05. Czy płatnik podlega wpłowi do rejestru / ewidencji? Jeśli TAK, wpiąć X. 06. Data wpisu do rejestru / ewidencji (dd / mm / rrrr)

07. Numer wpisu do rejestru / ewidencji

08. Nazwa organu rejestrowego / ewidencyjnego

09. Data powstania obowiązku opłacania składek (dd / mm / rrrr) 10.

IV. DANE O RACHUNKU BANKOWYM PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer rachunku

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

V. INNE DANE O PŁATNIKU SKŁADEK

01. 02. 03.

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

VI. ADRES SIEDZIBY PŁATNIKA SKŁADEK

01. Kod pocztowy 02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu 06. Numer lokalu

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

09.

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

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

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

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

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

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

IX. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

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

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

X. ADNOTACJE ZUS

--

*) W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS Z1PA.

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZFA	strona: 1	ZGŁOSZENIE / ZMIANA DANYCH PŁATNIKA SKŁADEK - OSOBY FIZYCZNEJ	
I. DANE ORGANIZACYJNE				
01. ZGŁOSZENIE PŁATNIKA SKŁADEK (wpisać X)		02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH PŁATNIKA SKŁADEK (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych) ¹⁾		
03. Data nadania (dd / mm / rrr)		04. Nalepka „R”		
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK				
01. NIP (wpisać bez kresek)		02. REGON		
03. PESEL		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. DANE EWIDENCYJNE PŁATNIKA SKŁADEK				
01. Imię drugie				
02. Miejsce urodzenia				
03. Obywatelstwo				
IV. PODSTAWA DO PROWADZENIA POZAROLNICZEJ DZIAŁALNOŚCI				
01. Kod rodzaju uprawnienia ²⁾		02. Numer uprawnienia		
03. Nazwa organu wydającego uprawnienie				
04. Data wydania uprawnienia (dd / mm / rrr)		05.		
V. DANE O RACHUNKU BANKOWYM PŁATNIKA SKŁADEK				
01. Numer rachunku				
02. Czy płatnik posiada inne rachunki bankowe? Jeżeli TAK, wpisać X i wypełnić formularz ZUS ZBA.				
VI. INNE DANE O PŁATNIKU SKŁADEK				
01.				
02.		03.		
04. Data powstania obowiązku opłacania składek (dd / mm / rrr)		05. Jeżeli adres prowadzenia działalności gospodarczej jest inny niż adres siedziby, wpisać X i wypełnić formularz ZUS ZAA.		
VII. ADRES SIEDZIBY PŁATNIKA SKŁADEK				
01. Kod pocztowy		02. Miejscowość		
03. Gmina / Dzielnica				
04. Ulica				
05. Numer domu		06. Numer lokalu		
07. Numer telefonu		08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)		
09.				

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

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

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

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

01. Kod pocztowy	02. Miejscowość	
03. Gmina / Dzielnica		
04. Ulica		
05. Numer domu	06. Numer lokalu	
07. Numer telefonu	08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)	
09.		

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

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

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

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

XI. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

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

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

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

XII. ADNOTACJE ZUS

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

²⁾ Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji.

PLATNIK WYPEŁNIA TYLKO POLAJASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM. PRZED WYPEŁNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJASNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH		ZUS ZIPA	ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH PLATNIKA SKŁADEK	
I. DANE ORGANIZACYJNE				
01. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2)		02.		
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)		04. Nalepka „R”		
II. POPRZEDNIE DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK				
01. NIP (wpisać bez kresek)		02. REGON		
03. PESEL		INNY NUMER		05. Seria i numer dokumentu
		04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2		
06. Nazwa skrócona				
07. Nazwisko				
08. Imię pierwsze				
09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)				
III. AKTUALNE DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK				
01. NIP (wpisać bez kresek)		02. REGON		
03. PESEL		INNY NUMER		05. Seria i numer dokumentu
		04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2		
06. Nazwa skrócona				
07. Nazwisko				
08. Imię pierwsze				
09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)				
IV. OŚWIADCZENIE PLATNIKA 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. Pieczęćka płatnika	
V. ADNOTACJE ZUS				

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZWPA	WYREJESTROWANIE PŁATNIKA SKŁADEK
I. DANE ORGANIZACYJNE		
01. WYREJESTROWANIE PŁATNIKA SKŁADEK: <input type="checkbox"/>		02. <input type="checkbox"/>
03. KOREKTA DANYCH WYREJESTROWANIA PŁATNIKA SKŁADEK: <input type="checkbox"/>		wpisać X w odpowiednim polu
04. Data nadania (dd / mm / rrr)	05. Nalepka „R”	
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK		
01. NIP (wpisać bez kresek)		02. REGON
03. PESEL	INNY NUMER	05. Seria i numer dokumentu
04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2		
06. Nazwa skrócona		
07. Nazwisko		
08. Imię pierwsze		09. Data urodzenia (dd / mm / rrr)
III. DANE O WYREJESTROWANIU PŁATNIKA SKŁADEK		
01. Kod przyczyny wyrejestrowania ¹⁾		02. Data wyrejestrowania (dd / mm / rrr)
IV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK		
01. Data wypełnienia (dd / mm / rrr)		
<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		

¹⁾Wypełnić zgodnie z instrukcją.

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZBA	INFORMACJA O NUMERACH RACHUNKÓW BANKOWYCH PŁATNIKA SKŁADEK
I. DANE ORGANIZACYJNE		
01. Data nadania (dd / mm / rrrr)		02. Nalepka „R”
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK		
01. NIP (wpisać bez krespek)		02. REGON
03. PESEL	INNY NUMER 04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2	
05. Seria i numer dokumentu		
06. Nazwa - skrócona		
07. Nazwisko		
08. Imię pierwsze		09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)
III. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PŁATNIKA SKŁADEK		
01. Nowy rachunek (wpisać - 1) / zamknięcie rachunku (wpisać - 2)		
02. Numer rachunku		
IV. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PŁATNIKA SKŁADEK		
01. Nowy rachunek (wpisać - 1) / zamknięcie rachunku (wpisać - 2)		
02. Numer rachunku		
V. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PŁATNIKA SKŁADEK		
01. Nowy rachunek (wpisać - 1) / zamknięcie rachunku (wpisać - 2)		
02. Numer rachunku		
VI. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PŁATNIKA SKŁADEK		
01. Nowy rachunek (wpisać - 1) / zamknięcie rachunku (wpisać - 2)		
02. Numer rachunku		
VII. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PŁATNIKA SKŁADEK		
01. Nowy rachunek (wpisać - 1) / zamknięcie rachunku (wpisać - 2)		
02. Numer rachunku		
VIII. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PŁATNIKA SKŁADEK		
01. Nowy rachunek (wpisać - 1) / zamknięcie rachunku (wpisać - 2)		
02. Numer rachunku		
IX. 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
X. ADNOTACJE ZUS		

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

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

I. DANE ORGANIZACYJNE

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

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. NIP (wpisać bez kresek) 02. REGON

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

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

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

III. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PŁATNIKA

01. Nowy adres (wpisać - 1) /
zakończenia 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 PŁATNIKA

01. Nowy adres (wpisać - 1) /
zakończenia 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 PŁATNIKA

01. Nowy adres (wpisać - 1) /
zakończenia 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 TYLKO POLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI Drukowanymi literami, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM. PRZED WYPEŁNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

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

VI. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PLATNIKA

01. Nowy adres (wpisać - 1) /
zakoczenie prowadzenia dzialalnosci pod adresem (wpisać - 2)

02. Kod pocztowy 03. Miejscowosc

04. Gmina / Dzielnica

05. Ulica

06. Numer domu 07. Numer lokalu

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

VII. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PLATNIKA

01. Nowy adres (wpisać - 1) /
zakoczenie prowadzenia dzialalnosci pod adresem (wpisać - 2)

02. Kod pocztowy 03. Miejscowosc

04. Gmina / Dzielnica

05. Ulica

06. Numer domu 07. Numer lokalu

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

VIII. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PLATNIKA

01. Nowy adres (wpisać - 1) /
zakoczenie prowadzenia dzialalnosci pod adresem (wpisać - 2)

02. Kod pocztowy 03. Miejscowosc

04. Gmina / Dzielnica

05. Ulica

06. Numer domu 07. Numer lokalu

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

IX. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrr)

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

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

X. ADNOTACJE ZUS

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

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

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr) ¹⁾	02. Numer kartki raportu RCA
---	------------------------------

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

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

III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko	03. Typ ¹⁾	04. Identyfikator
02. Imię pierwsze		

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

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

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

III. C. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA

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

IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko	03. Typ ¹⁾	04. Identyfikator
02. Imię pierwsze		

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

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

IV. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

IV. C. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA

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

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

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS RCA	strona: 2	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH I WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH	
V. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ				
01. Nazwisko				
02. Imię pierwsze			03. Typ ¹⁾ 04. Identyfikator	
V. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE I UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE				
01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾		02. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe ¹⁾		03. Wymiar czasu pracy
UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBY I WYPADKOWE	ZDROWOTNE
04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI			05.	06.
	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr
KWOTA SKŁADKI FINANSOWANA PRZEZ:	07. Ubezpieczonego	08. Ubezpieczonego	09. Ubezpieczenie chorobowe	10. Ubezpieczenie zdrowotne
	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr
	11. Płatnika	12. Płatnika	13. Ubezpieczenie wypadkowe	
	zł, gr	zł, gr	zł, gr	
14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego			15. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13)	
			zł, gr	
V. C. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA				
01. Liczba osób, na które wypłacany jest zasiłek rodzinny		02. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego		03. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego
		zł, gr		zł, gr
04. Liczba osób, na które wypłacany jest zasiłek pielęgnacyjny		05. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego		06. Łączna kwota wypłaconych zasiłków (p.02 + p.03 + p.05)
		zł, gr		zł, gr
VI. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ				
01. Nazwisko				
02. Imię pierwsze			03. Typ ¹⁾ 04. Identyfikator	
VI. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE I UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE				
01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾		02. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe ¹⁾		03. Wymiar czasu pracy
UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBY I WYPADKOWE	ZDROWOTNE
04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI			05.	06.
	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr
KWOTA SKŁADKI FINANSOWANA PRZEZ:	07. Ubezpieczonego	08. Ubezpieczonego	09. Ubezpieczenie chorobowe	10. Ubezpieczenie zdrowotne
	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr
	11. Płatnika	12. Płatnika	13. Ubezpieczenie wypadkowe	
	zł, gr	zł, gr	zł, gr	
14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego			15. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13)	
			zł, gr	
VI. C. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA				
01. Liczba osób, na które wypłacany jest zasiłek rodzinny		02. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego		03. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego
		zł, gr		zł, gr
04. Liczba osób, na które wypłacany jest zasiłek pielęgnacyjny		05. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego		06. Łączna kwota wypłaconych zasiłków (p.02 + p.03 + p.05)
		zł, gr		zł, gr
04. Suma kwot na stronie (p. V.B.15 + p. V.C.06 + p. VI.B.15 + p. VI.C.06)				
zł, gr				
VII. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK				
01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)			02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej	
<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>				
03. Pieczęćka imienna oraz podpis Głównego Księgowego				
VIII. ADNOTACJE ZUS				
1) Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji.				

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS RZA	strona: 1	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE
I. DANE ORGANIZACYJNE			
01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr) ¹⁾		02. Numer kartki raportu RZA	
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK			
01. NIP (wpisać bez kresek)		02. REGON	
03. PESEL		05. Seria / numer dokumentu	
04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2		INNY NUMER	
06. Nazwa skrócona			
07. Nazwisko			
08. Imię pierwsze			
09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)			
III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ			
III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ			
01. Nazwisko			
02. Imię pierwsze		03. Typ ¹⁾ 04. Identyfikator	
III. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE			
01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾		02. Podstawa wymiaru składki	
		03. Kwota składki	
IV. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ			
IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ			
01. Nazwisko			
02. Imię pierwsze		03. Typ ¹⁾ 04. Identyfikator	
IV. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE			
01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾		02. Podstawa wymiaru składki	
		03. Kwota składki	
V. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ			
V. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ			
01. Nazwisko			
02. Imię pierwsze		03. Typ ¹⁾ 04. Identyfikator	
V. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE			
01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾		02. Podstawa wymiaru składki	
		03. Kwota składki	
VI. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ			
VI. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ			
01. Nazwisko			
02. Imię pierwsze		03. Typ ¹⁾ 04. Identyfikator	
VI. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE			
01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾		02. Podstawa wymiaru składki	
		03. Kwota składki	
VII. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ			
VII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ			
01. Nazwisko			
02. Imię pierwsze		03. Typ ¹⁾ 04. Identyfikator	
VII. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE			
01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾		02. Podstawa wymiaru składki	
		03. Kwota składki	
03. Suma kwot na stronie (p. III.B.03 + p. IV.B.03 + p. VB.03 + p. VI.B.03 + p. VII.B.03)			

PLATNIK WYPEŁNIA TYLKO PÓLA JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWD, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM, PRZED WYPEŁNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

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		
	02. Imię pierwsze	03. Typ ¹⁾	04. Identyfikator

VIII. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE			03. Kwota składki
01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾	02. Podstawa wymiaru składki	zl, gr	zl, gr

IX. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ	IX. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ		
	01. Nazwisko		
	02. Imię pierwsze	03. Typ ¹⁾	04. Identyfikator

IX. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE			03. Kwota składki
01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾	02. Podstawa wymiaru składki	zl, gr	zl, gr

X. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ	X. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ		
	01. Nazwisko		
	02. Imię pierwsze	03. Typ ¹⁾	04. Identyfikator

X. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE			03. Kwota składki
01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾	02. Podstawa wymiaru składki	zl, gr	zl, gr

XI. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ	XI. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ		
	01. Nazwisko		
	02. Imię pierwsze	03. Typ ¹⁾	04. Identyfikator

XI. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE			03. Kwota składki
01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾	02. Podstawa wymiaru składki	zl, gr	zl, gr

XII. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ	XII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ		
	01. Nazwisko		
	02. Imię pierwsze	03. Typ ¹⁾	04. Identyfikator

XII. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE			03. Kwota składki
01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾	02. Podstawa wymiaru składki	zl, gr	zl, gr

04. Suma kwot na stronie (p. VIII.B.03 + p. IX.B.03 + p. X.B.03 + p. XI.B.03 + p. XII.B.03)	zl, 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. Pieczętka imienna oraz podpis Głównego Księgowego

04. Pieczętka płatnika

XIV. ADNOTACJE ZUS

1) Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji.

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

ZAGŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH		ZUS RSA		strona: 1	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH I PRZERWACH W OPŁACANIU SKŁADEK	
I. DANE ORGANIZACYJNE						
01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrr) ¹¹				02. Numer kartki raportu RSA		
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK						
01. NIP (wpisać bez kresek)			02. REGON			
03. PESEL		INNY NUMER		05. Seria i numer dokumentu		
06. Nazwa (skrótowa)		04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2				
07. Nazwisko						
08. Imię pierwsze			09. Data urodzenia (dd / mm / rrr)			
III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ						
III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ						
01. Nazwisko						
02. Imię pierwsze			03. Typ ¹¹ 04. Identyfikator			
III. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ						
01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹¹		02. Kod świadczenia / przerwy				
03. Od (dd / mm)		04. Do (dd / mm)		07. Kwota		
Okres		05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat		06. Kod choroby /		zł, gr
IV. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ						
IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ						
01. Nazwisko						
02. Imię pierwsze			03. Typ ¹¹ 04. Identyfikator			
IV. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ						
01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹¹		02. Kod świadczenia / przerwy				
03. Od (dd / mm)		04. Do (dd / mm)		07. Kwota		
Okres		05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat		06. Kod choroby /		zł, gr
V. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ						
V. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ						
01. Nazwisko						
02. Imię pierwsze			03. Typ ¹¹ 04. Identyfikator			
V. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ						
01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹¹		02. Kod świadczenia / przerwy				
03. Od (dd / mm)		04. Do (dd / mm)		07. Kwota		
Okres		05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat		06. Kod choroby /		zł, gr
VI. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ						
VI. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ						
01. Nazwisko						
02. Imię pierwsze			03. Typ ¹¹ 04. Identyfikator			
VI. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ						
01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹¹		02. Kod świadczenia / przerwy				
03. Od (dd / mm)		04. Do (dd / mm)		07. Kwota		
Okres		05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat		06. Kod choroby /		zł, gr
				03. Suma kwot na stronie (p. III.B.07 + p. IV.B.07 + p. VB.07 + p. VI.B.07)		zł, gr

PLATNIK WYPELNIJA TYLKO POLAJASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RECZNIE
 DUZYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM. PRZED WYPELNIENIEM ZAPOZNAC SIĘ Z OBJASNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEN SPOŁECZNYCH	ZUS	RSA	strona 2	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH I PRZERWACH W OPLACANIU SKŁADEK
-----------------------------------	-----	-----	----------	--

VII. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ	VII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ			
	01. Nazwisko			
	02. Imię pierwsze		03. Typ ¹⁾	04. Identyfikator

VII. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ	VII. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPLACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ			
	01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾	02. Kod świadczenia / przerwy	07. Kwota zł, gr	
	03. Od (dd / mm)	04. Do (dd / mm)	05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat	06. Kod choroby /

VIII. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ	VIII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ			
	01. Nazwisko			
	02. Imię pierwsze		03. Typ ¹⁾	04. Identyfikator

VIII. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ	VIII. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPLACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ			
	01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾	02. Kod świadczenia / przerwy	07. Kwota zł, gr	
	03. Od (dd / mm)	04. Do (dd / mm)	05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat	06. Kod choroby /

IX. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ	IX. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ			
	01. Nazwisko			
	02. Imię pierwsze		03. Typ ¹⁾	04. Identyfikator

IX. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ	IX. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPLACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ			
	01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾	02. Kod świadczenia / przerwy	07. Kwota zł, gr	
	03. Od (dd / mm)	04. Do (dd / mm)	05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat	06. Kod choroby /

X. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ	X. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ			
	01. Nazwisko			
	02. Imię pierwsze		03. Typ ¹⁾	04. Identyfikator

X. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ	X. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPLACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ			
	01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾	02. Kod świadczenia / przerwy	07. Kwota zł, gr	
	03. Od (dd / mm)	04. Do (dd / mm)	05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat	06. Kod choroby /

04. Suma kwot na stronie (p. VII.B.07 + p. VIII.B.07 + p. IX.B.07 + p. X.B.07)	zł, gr
--	--------

XI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK	
01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)	02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

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

03. Pieczętka imienna oraz podpis Głównego Księgowego

04. Pieczętka płatnika

XII. ADNOTACJE ZUS

¹⁾ Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji.

PLATNIK WYPELNIĄ TYLKO POLAJASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM, PRZED WYPELNIENIEM ZAPOZNAC SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH		ZUS	DRA	strona: 1	D E K L A R A C J A R O Z L I C Z E N I O W A	
I. DANE ORGANIZACYJNE						
01. Termin przysyłania deklaracji i raportów ¹⁾		02. Identyfikator deklaracji (numer / mm / mm) ¹⁾			05. Znak i numer decyzji pokontrolnej	
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)		04. Nalepka „R”				
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK						
01. NIP (włącznie z kropką)		02. REGON				
03. PESEL		INNY NUMER			05. Seria i numer dokumentu	
06. Nazwa składowca		04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1 jeśli paszport – 2				
07. Nazwisko						
08. Imię składowca					09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
III. INNE INFORMACJE						
01. Liczba ubezpieczonych		02. Liczba pracodawców w przekroju na pełny wymiar czasu pracy ²⁾		03. Wniosek pracodawcy o cofnięcie składek za osoby niepełnosprawne ze środków PFRON i budżetu państwa ^{1), 2)}		04. Stopa procentowa składek na ubezpieczenie wypadkowe
IV. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE ORAZ ŹRÓDEŁ FINANSOWANIA						
SUMY SKŁADEK	01. Kwota składek na ubezpieczenia emerytalne		02. Kwota składek na ubezpieczenia rentowe		03. Suma kwot składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe (p. 01 + p. 02)	
	zł, gr		zł, gr		zł, gr	
	04. ubezpieczonych		05.		06. (p. 04 + p. 05)	
	zł, gr		zł, gr		zł, gr	
	07. płatnika		08.		09. (p. 07 + p. 08)	
	zł, gr		zł, gr		zł, gr	
10. budżet państwa		11.		12. (p. 10 + p. 11)		
zł, gr		zł, gr		zł, gr		
13. PFRON ²⁾		14.		15. (p. 13 + p. 14)		
zł, gr		zł, gr		zł, gr		
16. Fundusz Kościelny		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 (p. 19 + p. 20)	
	zł, gr		zł, gr		zł, gr	
	22. ubezpieczonych		23.		24. (p. 22 + p. 23)	
	zł, gr		zł, gr		zł, gr	
	25. płatnika		26.		27. (p. 25)	
	zł, gr		zł, gr		zł, gr	
28. PFRON ²⁾		29.		30. (p. 27 + p. 28)		
zł, gr		zł, gr		zł, gr		
31. Fundusz Kościelny		30.		31. (p. 30)		
zł, gr		zł, gr		zł, gr		
32. Kwota składek na ubezpieczenia społeczne, które powinien przekazać płatnik (p. 06 + p. 09 + p. 24 + p. 26)						zł, gr
V. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ PODLEGAJĄCYCH ROZLICZENIU W CIĘŻAR SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE						
01. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego		zł, gr		03. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego		zł, gr
02. Kwota wynagrodzenia należnego płatnikowi od wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego		zł, gr		04. Kwota wypłaconych świadczeń finansowanych z budżetu państwa		zł, gr
05. Łączna kwota do potrącenia (p. 01 + p. 02 + p. 03 + p. 04)				zł, gr		
VI. ROZLICZENIE CZĘŚCI IV I V						
01. Kwota do zapłaty przez ZUS (p.V. 05 - p.V. 32)		zł, gr		02. Kwota do zapłaty przez płatnika (p. IV. 32 - p.V. 05)		zł, gr

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

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

VII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kwota należnych składek do przekazania przez płatnika	zł, gr	
02. Kwota należnych składek finansowana przez Fundusz Kościelny	zł, gr	04. Kwota do zapłaty (p.01 - p.03)
03. Kwota należnego wynagrodzenia dla płatnika	zł, gr	zł, gr

VIII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FP I FGŚP

01. Kwota należnych składek na Fundusz Pracy	zł, gr	
02. Kwota należnych składek na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych	zł, gr	03. Kwota do zapłaty (p.01 + p.02)
		zł, gr

IX. ŁĄCZNA SUMA KWOT DO ZAPŁATY

	01. Łączna suma kwot do zapłaty (p.VI.02 + p.VII.04 + p.VIII.03)
	zł, gr

01.	zł, gr	
02.	zł, gr	04.
03.	zł, gr	zł, gr

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾		
02. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe	zł, gr	
03. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe	zł, gr	
04. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne	zł, gr	05. Informacje o przekroczeniu rocznej podłogi wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe ¹⁾

XII. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Liczba kartek raportu ZUS RCA		
02.		
03. Liczba kartek raportu ZUS RZA		
04. Liczba kartek raportu ZUS RSA		
05.		06. Łączna liczba kartek raportów (p.01 + p.03 + p.04)
07.		

08. Data wypełnienia (dd / mm / 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.**

09. Pieczęćka imienna oraz podpis Głównego Księgowego	10. Pieczęćka płatnika i podpis płatnika lub osoby upoważnionej
---	---

Pouczenie: W wypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwot z poz. VI.02, poz. VII.04, poz. VIII.03 lub wpłacania ich w niepełnej wysokości, niniejsza deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 czerwca 1966r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz.U. z 2005r. Nr 229, poz. 1954, z późn. zm.).

XIII. ADNOTACJE ZUS
¹⁾ Wypełnić odpowiedni kod zgodnie z instrukcją
²⁾ Płatnik wypełnia się w dokumentach za okres od stycznia 2008 r.

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. NIP			02. REGON					
03. PESEL			04. Rodzaj dokumentu			05. Seria i numer dokumentu		
06. Nazwisko			INNY NUMER			07. Imię pierwsze		
08. Nazwa skrócona						09. Data urodzenia (dd / mm / rrr)		
III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ								
01. Nazwisko					02. Imię pierwsze			
03. Typ identyfikatora			04. Rodzaj identyfikatora					
INNY NUMER								
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 emerytalne i rentowe						03. Wymiar czasu pracy		
UBEZPIECZENIE		EMERYTALNE		RENTOWE		CHOROBY I WYPADKOWE		ZDROWOTNE
PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI		04.		zł, gr		05.		06. zł, gr
KWOTA SKŁADKI FINANSOWANA PRZEZ:		07. Ubezpieczonego		08. Ubezpieczonego		09. Ubezpieczenia chorobowe		10. Ubezpieczenie zdrowotne
		zł, gr		zł, gr		zł, gr		zł, gr
		11. Płatnika		12. Płatnika		13. Ubezpieczenie wypadkowe		KWOTA SKŁADKI NA:
		zł, gr		zł, gr		zł, gr		zł, gr
14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego						15. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13)		
zł, gr						zł, gr		
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 emerytalne i rentowe						03. Wymiar czasu pracy		
UBEZPIECZENIE		EMERYTALNE		RENTOWE		CHOROBY I WYPADKOWE		ZDROWOTNE
PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI		04.		zł, gr		05.		06. zł, gr
KWOTA SKŁADKI FINANSOWANA PRZEZ:		07. Ubezpieczonego		08. Ubezpieczonego		09. Ubezpieczenie chorobowe		10. Ubezpieczenie zdrowotne
		zł, gr		zł, gr		zł, gr		zł, gr
		11. Płatnika		12. Płatnika		13. Ubezpieczenie wypadkowe		KWOTA SKŁADKI NA:
		zł, gr		zł, gr		zł, gr		zł, gr
14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego						15. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13)		
zł, gr						zł, gr		
V. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA								
01. Liczba osób, na które wypłacany jest zasiłek rodzinny		02. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego			zł, gr		03. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego	
04. Liczba osób, na które wypłacany jest zasiłek pielęgnacyjny		05. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego			zł, gr		06. Łączna kwota wypłaconych zasiłków (p.02 + p.03 + p.05)	
							zł, gr	
VI. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ I WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBEJ ORAZ RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK								
01. Rodzaj świadczenia / przerwy		Okres od - do (dd / mm)		Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat		Kod choroby		Kwota
								zł, gr
DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ								
01. Nazwisko					02. Imię pierwsze			
03. PESEL			04. NIP					
05. Typ identyfikatora			06. Identyfikator					
INNY NUMER								

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH **ZUS RMUA** strona: 2 **IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY DLA OSOBY UBEZPIECZONEJ**

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

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

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

02. Kod oddziału NFZ

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



Załącznik nr 17

KODY WYKORZYSTYWANE PRZY WYPEŁNIANIU DOKUMENTÓW UBEZPIECZENIOWYCH

- I. Kod tytułu ubezpieczenia** — składa się z 6 znaków, oznaczających:
- 1) podmiot podstawowy wraz z rozszerzeniem (4 znaki)
 - 2) ustalone bądź nieustalone prawo do emerytury lub renty (1 znak)
 - 3) stopień niepełnosprawności (1 znak)
1. Podmiot podstawowy wraz z rozszerzeniem:
- | | |
|---|---|
| 01 10 — pracownik podlegający ubezpieczeniom społecznym i ubezpieczeniu zdrowotnemu | 01 26 — pracownik podlegający ubezpieczeniom społecznym i z mocy przepisów szczególnych niepodlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu, opłacający składki na własne ubezpieczenie w przypadku określonym w art. 109 rozporządzenia Rady (EWG) nr 574/72 |
| 01 11 — pracownik podlegający ubezpieczeniom społecznym i z mocy przepisów szczególnych niepodlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu | 02 00 — osoba wykonująca pracę nakładczą |
| 01 12 — osoba pobierająca świadczenie szkoleniowe wypłacane po ustaniu zatrudnienia | 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 01.01.2008 r., a obecnie ma obowiązek dopłaty składek i przekazuje po 30.06.2008 r. dokumenty rozliczeniowe korygujące za okres do grudnia 2007 r. |
| 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), w brzmieniu obowiązującym do 01.01.2008 r., a obecnie ma obowiązek dopłaty składek i przekazuje po 30.06.2008 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 |
| 01 20 — pracownik młodociany | 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 |
| 01 24 — były pracownik mianowany lub były urzędnik służby cywilnej, z którym został rozwiązany stosunek pracy, pobierający świadczenie pieniężne za okres po ustaniu zatrudnienia | 04 11 — osoba wykonująca umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług i praca jest wykonywana w siedzibie lub w miejscu prowadzenia działalności zleceniodawcy |
| 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” | 04 12 — osoba wykonująca umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług i praca nie jest wykonywana w siedzibie lub w miejscu prowadzenia działalności zleceniodawcy |
| | 04 17 — osoba wykonująca umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług i praca jest wykonywana w siedzibie lub w miejscu prowadzenia działalności zleceniodawcy, z mocy przepisów szczególnych niepodlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu |
| | 04 18 — osoba wykonująca umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług i praca nie jest wykonywana w siedzibie lub w miejscu prowadzenia działalności zleceniodawcy, z mocy przepisów szczególnych niepodlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu |

- 04 21 — osoba współpracująca z osobą wykonującą umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług i praca jest wykonywana w siedzibie lub w miejscu prowadzenia działalności zlecniodawcy
- 04 22 — osoba współpracująca z osobą wykonującą umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług i praca nie jest wykonywana w siedzibie lub w miejscu prowadzenia działalności zlecniodawcy
- 04 24 — osoba współpracująca z osobą wykonującą umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług i praca jest wykonywana w siedzibie lub w miejscu prowadzenia działalności zlecniodawcy, z mocy przepisów szczególnych niepodlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu
- 04 25 — osoba współpracująca z osobą wykonującą umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług i praca nie jest wykonywana w siedzibie lub w miejscu prowadzenia działalności zlecniodawcy, z mocy przepisów szczególnych niepodlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu
- 04 26 — osoba wykonująca umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług i praca jest wykonywana w miejscu prowadzenia działalności zlecniodawcy, opłacająca składki na własne ubezpieczenia w przypadku określonym w art. 109 rozporządzenia Rady (EWG) nr 574/72
- 04 27 — osoba wykonująca umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług i praca nie jest wykonywana w miejscu prowadzenia działalności zlecniodawcy, 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 i praca jest wykonywana w miejscu prowadzenia działalności zlecniodawcy, z mocy przepisów szczególnych niepodlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu, opłacająca składki na własne ubezpieczenia w przypadku określonym w art. 109 rozporządzenia Rady (EWG) nr 574/72
- 04 29 — osoba wykonująca umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług i praca nie jest wykonywana w miejscu prowadzenia działalności zlecniodawcy, 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 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
- 05 11 — osoba współpracująca z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność
- 05 12 — 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 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 01.01.2008 r., a obecnie ma obowiązek dopłaty składek i przekazuje po 30.06.2008 r. dokumenty rozliczeniowe korygujące za okres do grudnia 2007 r.
- 05 20 — twórca
- 05 30 — artysta
- 05 40 — osoba prowadząca działalność w zakresie wolnego zawodu
- 05 43 — wspólnik jednoosobowej spółki z ograniczoną odpowiedzialnością oraz wspólnicy spółki jawnej, komandytowej lub partnerskiej
- 05 44 — osoba prowadząca pozarolniczą działalność, z mocy przepisów szczególnych niepodlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu
- 05 45 — osoba współpracująca z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność, z mocy przepisów szczególnych niepodlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu
- 05 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 oraz osoba pobierająca świadczenia integracyjne
- 09 11 — osoba bezrobotna niepobierająca zasiłku dla bezrobotnych lub stypendium
- 09 20 — osoba pobierająca stypendium w okresie odbywania szkolenia, stażu lub przygotowania zawodowego w miejscu pracy, 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 działalności gospodarczej, opłacający składkę od minimalnej podstawy wymiaru
- 10 11 — duchowny, nieprowadzący działalności gospodarczej, opłacający składkę od minimalnej podstawy oraz od zadeklarowanej nadwyżki ponad minimalną podstawę wymiaru, należną za okres do dnia 31 marca 2004 r.
- 10 12 — duchowny, nieprowadzący działalności gospodarczej, opłacający składkę od zadeklarowanej nadwyżki ponad minimalną podstawę wymiaru
- 10 20 — duchowny, nieprowadzący działalności gospodarczej, będący członkiem zakonu kontemplacyjno-klauzurowego lub misjonarzem, opłacający składkę od minimalnej podstawy wymiaru
- 10 40 — alumn seminarium duchownego, nowicjusz, postulanta, juniorysta przed ukończeniem 25. roku życia objęty dobrowolnie ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi
- 10 50 — alumn seminarium duchownego, nowicjusz, postulanta i juniorysta, podlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu
- 11 10 — żołnierz niezawodowy w służbie czynnej
- 11 11 — osoba odbywająca 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
- 20 10 — sędzia
- 20 20 — prokurator, ławnik sądowy, aplikant Krajowego Centrum Szkolenia Kadr Sądów Powszechnych 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 — kombatan, za którego składki na ubezpieczenie zdrowotne ma obowiązek opłacać Urząd do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych
- 22 30 — osoba podlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu uprawnienia do świadczeń alimentacyjnych na podstawie ugody sądowej lub prawomocnego orzeczenia sądu
- 22 40 — członek rady nadzorczej, podlegający z tego tytułu ubezpieczeniu zdrowotnemu
- 24 10 — osoba objęta dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym 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 następujący miesiąc, po ustaniu tytułu do ubezpieczeń
- 50 00 — inny tytuł do ubezpieczeń
2. Ustalone bądź nieustalone prawo do emerytury lub renty:
- 0 — osoba, która nie ma ustalonego prawa do emerytury lub renty
- 1 — osoba, która ma ustalone prawo do emerytury
- 2 — osoba, która ma ustalone prawo do renty
3. Stopień niepełnosprawności:
- 0 — osoba nieposiadająca orzeczenia o niepełnosprawności lub osoba, która posiada orzeczenie i nie przedłożyła go płatnikowi składek
- 1 — osoba, która przedłożyła płatnikowi składek orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności
- 2 — osoba, która przedłożyła płatnikowi składek orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności
- 3 — osoba, która przedłożyła płatnikowi składek orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności
- 4 — osoba, która przedłożyła płatnikowi orzeczenie o niepełnosprawności wydawane osobom do 16. roku życia

II. Kod stopnia pokrewieństwa/powinowactwa — składa się z 2 znaków:

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

III. Kod wykonywanego zawodu — składa się z 6 znaków, zawartych w „Klasyfikacji zawodów i specjalności”, stanowiącej załącznik do rozporządzenia Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 8 grudnia 2004 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. Nr 265, poz. 2644 oraz z 2007 r. Nr 106, poz. 728)**IV. Kod pracy w szczególnych warunkach** ma postać:

- 1) 5 pierwszych znaków jest zgodne z załącznikiem do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 7 lutego 1983 r. w sprawie wieku emerytalnego pracowników zatrudnionych w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze (Dz. U. Nr 8, poz. 43, z późn. zm.), z których:
 - w polu pierwszym wpisujemy nazwę wykazu (A lub B)
 - dwa następne znaki to numer działu w wykazie podany cyframi arabskimi
 - dwa znaki dalsze to numer rodzaju pracy w dziale
- 2) 6 i 7 znak to kod dotychczasowych przepisów zarządzeń i uchwał resortowych według następującej listy:
 - 01 — Zarządzenie nr 9 Ministra Administracji, Gospodarki Terenowej i Ochrony Środowiska z dnia 1 lipca 1983 r.
 - 02 — Zarządzenie nr 9 Ministra Budownictwa i Przemysłu Materiałów Budowlanych z dnia 1 sierpnia 1983 r.
 - 03 — Zarządzenie nr 41 Ministra Finansów z dnia 17 maja 1985 r.
 - 04 — Zarządzenie nr 17 Ministra Górnictwa i Energetyki z dnia 12 sierpnia 1983 r.
 - 05 — Zarządzenie nr 19 Ministra Handlu Wewnętrznego i Usług z dnia 10 listopada 1986 r.

- 06 — Zarządzenie nr 3 Ministra Hutnictwa i Przemysłu Maszynowego z dnia 30 marca 1985 r.
- 07 — Zarządzenie nr 64 Ministra Komunikacji z dnia 29 czerwca 1983 r.
- 08 — Zarządzenie nr 50 Ministra Handlu Zagranicznego z dnia 13 grudnia 1983 r.
- 09 — Zarządzenie nr 26 Ministra Kultury i Sztuki z dnia 1 lipca 1983 r.
- 10 — Zarządzenie nr 33 Ministra Łączności z dnia 16 maja 1983 r.
- 11 — Zarządzenie nr 28 Ministra Pracy, Płac i Spraw Socjalnych z dnia 30 lipca 1986 r.
- 12 — Zarządzenie nr 37 Ministra Nauki, Szkolnictwa Wyższego i Techniki z dnia 25 października 1983 r.
- 13 — Zarządzenie nr 48 Ministra Obrony Narodowej z dnia 12 września 1983 r.
- 14 — Zarządzenie nr DK 4-1000-1/84 Ministra Oświaty i Wychowania z dnia 15 czerwca 1984 r.
- 15 — Zarządzenie nr 16 Ministra Rolnictwa, Leśnictwa i Gospodarki Żywnościowej z dnia 31 marca 1988 r.
- 16 — Zarządzenie nr 11/86 Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 4 marca 1986 r.
- 17 — Zarządzenie nr 51/83/CZZK Ministra Sprawiedliwości z dnia 20 października 1983 r.
- 18 — Zarządzenie nr 7 Ministra Przemysłu Chemicznego i Lekkiego z dnia 7 lipca 1987 r.
- 19 — Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 12 lipca 1983 r.
- 20 — Zarządzenie nr 9 Ministra Gospodarki Materiałowej z dnia 31 maja 1983 r.
- 21 — Zarządzenie nr 9 Prezesa Centralnego Urzędu Geologii z dnia 4 lipca 1983 r.
- 22 — Zarządzenie nr 11 Przewodniczącego Komitetu do Spraw Młodzieży i Kultury Fizycznej z dnia 1 lipca 1988 r.
- 23 — Zarządzenie nr 24 Ministra — Kierownika Urzędu Gospodarki Morskiej z dnia 15 sierpnia 1983 r.
- 24 — Zarządzenie nr 24 Prezesa Polskiego Komitetu Normalizacji, Norm i Jakości z dnia 6 czerwca 1983 r.
- 25 — Uchwała nr 64/83 Zarządu Głównego Centralnego Związku Spółdzielni Rolniczych „Samopomoc Chłopska” z dnia 25 lipca 1983 r.
- 26 — Uchwała nr 184 Zarządu Centralnego Związku Spółdzielni Budownictwa Mieszkaniowego z dnia 20 maja 1983 r.
- 27 — Uchwała nr 80/83 Zarządu Centralnego Związku Spółdzielczości Pracy z dnia 30 czerwca 1983 r.

- 28 — Uchwała nr 38 Zarządu „Spotem” Centralnego Związku Spółdzielni Spożywców z dnia 11 lipca 1983 r.
- 29 — Uchwała nr 106 Zarządu Centralnego Związku Spółdzielni Inwalidów z dnia 20 lipca 1983 r.
- 30 — Uchwała nr 16/83 Zarządu Centralnego Związku Spółdzielni Mleczarskich z dnia 27 czerwca 1983 r.
- 31 — Uchwała nr 14/84 Zarządu Centrali i Spółdzielni Ogrodniczych i Pszczelarskich z dnia 23 marca 1984 r.
- 32 — Zarządzenie nr 21 Prezesa Robotniczej Spółdzielni Wydawniczej „Prasa — Książka — Ruch” z dnia 21 października 1983 r.
- 33 — Uchwała nr 41/83 Zarządu Głównego Związku Zakładów Doskonalenia Zawodowego z dnia 28 września 1983 r.
- 34 — Zarządzenie nr 47 Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 17 czerwca 1983 r.
- 35 — Zarządzenie nr 20 Sekretarza Naukowego Polskiej Akademii Nauk z dnia 16 czerwca 1983 r.
- 36 — Zarządzenie nr 12/83 Naczelnego Redaktora Polskiej Agencji Prasowej PAP z dnia 31 maja 1983 r.
- 37 — Uchwała nr 22 Zarządu „Cepelii” Centralnego Związku Spółdzielni Rękodzieła Ludowego i Artystycznego z dnia 1 czerwca 1983 r.
- 38 — Zarządzenie Prezesa Narodowego Banku Polskiego z dnia 17 maja 1983 r. (zmienione zarządzeniem Prezesa Narodowego Banku Polskiego nr 5/87 z dnia 7 października 1987 r. i nr 1/90 z dnia 1 sierpnia 1990 r.)
- 39 — Uchwała nr 62 Zarządu Centralnego Związku Spółdzielni Niewidomych z dnia 15 lipca 1983 r.
- 40 — Zarządzenie nr 24 Przewodniczącego Komitetu do spraw Radia i Telewizji „Polskie Radio i Telewizja” z dnia 15 lipca 1988 r.
- 41 — Uchwała Prezydium Zarządu Stowarzyszenia „PAX” z dnia 28 grudnia 1983 r.
- 42 — Uchwała nr 19/84 Zarządu Centralnego Związku Budowlanych Spółdzielni Pracy z dnia 24 kwietnia 1984 r.
- 43 — Uchwała nr XXVIII/193/84 Zarządu Centralnego Związku Rolniczych Spółdzielni Produkcyjnych z dnia 15 marca 1984 r.
- 44 — Zarządzenie nr 17 Ministra — Kierownika Urzędu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej z dnia 2 sierpnia 1985 r.
- 45 — Zarządzenie nr 1/89 Ministra — Kierownika Urzędu do Spraw Wyznań z dnia 6 stycznia 1989 r.

46 — Uchwała nr 24 Zarządu Krajowego Związku Rolników, Kótek i Organizacji Rolniczych z dnia 14 czerwca 1983 r.

47 — Zarządzenie nr 2 Prezesa Państwowej Agencji Atomistyki z dnia 20 lutego 1989 r.

- 3) 8 i 9 znak jest to numer określający stanowisko pracy jako punkt w pozycji rodzaj pracy — określony w wykazie szczegółowym stanowiącym załącznik do zarządzenia resortowego, stosowanego przez płatnika składek na podstawie odrębnych przepisów.

V. Kod pracy w szczególnym charakterze

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

Kod ten składa się z 9 znaków:

000320301 — pracownik organów kontroli państwowej

000320302 — pracownik organów administracji celnej

pracownik /ubezpieczony/ wykonujący działalność twórczą lub artystyczną:

032030301 — tancerz

032030302 — akrobata

032030303 — gimnastyk

032030304 — ekwilibrysta

032030305 — kaskader

032030306 — solista wokalista

032030307 — muzyk grający na instrumentach dętych

032030308 — treser zwierząt drapieżnych

032030309 — artysta chóru

032030310 — żongler

032030311 — komik cyrkowy

032030312 — aktor teatru lalek

032030313 — aktorka

032030314 — dyrygentka

032030315 — muzyk grający na instrumentach smyczkowych

032030316 — muzyk grający na instrumentach perkusyjnych

032030317 — muzyk grający na instrumentach klawiszowych

032030318 — operator obrazu filmowego

032030319 — fotografik

000320304 — dziennikarz zatrudniony w redakcjach dzienników, czasopism, w radiu, telewizji oraz w agencjach prasowych, informacyjnych, publicystycznych albo fotograficznych objęty układem pracy dziennikarzy

000320305 — nauczyciel, wychowawca lub inny pracownik pedagogiczny wykonujący pracę nauczycielską, o której mowa w ustawie z dnia 26 stycznia 1982 r. — Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2006 r. Nr 97, poz. 674, z późn. zm.)

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

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

01R — Dolnośląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia we Wrocławiu

02R — Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Bydgoszczy

03R — Lubelski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Lublinie

04R — Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze

05R — Łódzki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Łodzi

06R — Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie

07R — Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Warszawie

08R — Opolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Opolu

09R — Podkarpacki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Rzeszowie

10R — Podlaski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Białymstoku

11R — Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Gdańsku

12R — Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach

13R — Świętokrzyski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Kielcach

14R — Warmińsko-Mazurski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Olsztynie

15R — Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu

16R — Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Szczecinie

VII. Kod stopnia niepełnosprawności:

0 — osoba nieposiadająca orzeczenia o niepełnosprawności

1 — osoba posiadająca orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności

2 — osoba posiadająca orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności

3 — osoba posiadająca orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności

4 — osoba posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności wydawane osobom do 16. roku życia

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

100 — ustanie tytułu do ubezpieczeń/ubezpieczenia

500 — zgon osoby ubezpieczonej

600 — inna przyczyna wyrejestrowania

IX. Kod rodzaju uprawnienia — składa się z 2 znaków:

11 — wpis do ewidencji, na listę lub do rejestru

31 — koncesja

32 — zezwolenie

34 — decyzja

40 — uprawnienie inne niż wymienione wyżej

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

111 — zaprzestanie prowadzenia działalności

115 — postanowienie sądu o ukończeniu postępowania upadłościowego

117 — zgon płatnika składek

211 — wykreślenie z rejestru, ewidencji lub skreślenie z listy

311 — decyzja właściwego organu o likwidacji płatnika składek będącego jednostką sektora finansów publicznych

350 — wyrejestrowanie z ubezpieczeń ostatniej osoby, za którą płatnik miał obowiązek składania dokumentów ubezpieczeniowych

600 — inna przyczyna wyrejestrowania

XI. Typ identyfikatora:

P — PESEL

N — NIP

R — REGON

1 — dowód osobisty

2 — paszport

XII. Kod świadczenia/przerwy — składa się z trzech znaków:

1. Przerwa w opłacaniu składek:

111 — urlop bezpłatny

121 — urlop wychowawczy udzielony na podstawie art. 186 § 1 Kodeksu pracy

122 — urlop wychowawczy udzielony na podstawie art. 186 § 2 Kodeksu 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

XIII. Kod choroby — składa się z 1 znaku literowego, a w przypadku zbiegu chorób kod ma postać X/X. Wpisany na formularze kod choroby powinien mieć postać zgodną z podaną na zaświadczeniu

lekarskim ZUS ZLA (kod zgodny z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10).

XIV. 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.

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

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

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

- 1) 01 — dla deklaracji rozliczeniowej i imiennego raportu miesięcznego
- 02—39 włącznie — dla deklaracji rozliczeniowej korygującej i imiennego raportu miesięcznego korygującego
- 2) w przypadku:
 - a) powiatowych urzędów pracy, za bezrobotnych, osoby pobierające świadczenie integracyjne 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,
- 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.