

podaj ten identyfikator

podaj miesiąc i rok, za który sporządzasz rozliczenie

zawsze podaj ten kod

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

| | | | |
|--|-----------------------------------|--|---------------------------------------|
| ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH | ZUS DRA | strona: 1 | DEKLARACJA ROZLICZENIOWA |
| I. DANE ORGANIZACYJNE | | 02. Identyfikator deklaracji (numer / mm / rrrr) | 05. Znak i numer decyzji pokontrolnej |
| 01. Termin przysyłania deklaracji i raportów | 03. Data nadania (dd / mm / rrrr) | 4 0 0 1 2 0 2 5 | |
| 6 | | | |

podaj swoje dane

| | | |
|--|-------------------------------------|-----------------|
| II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK | | 02. Numer REGON |
| 01. Numer NIP (wisać bez kresek) | 03. Numer PESEL ¹⁾ | |
| 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 | 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 | |
| 04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2 | 05. Seria i numer dokumentu | |
| | | |
| 06. Nazwa skrócona | 07. Nazwisko | |
| | K O W A L S K A | |
| 08. Imię pierwsze | 09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr) | |
| J A D W I G A | 9 9 9 9 9 9 9 9 | |

podaj liczbę ubezpieczonych

| | | |
|-----------------------------|---|---|
| III. INNE INFORMACJE | 02. Wniosek pracodawcy o dofinansowanie składek za osoby niepełnosprawne ze środków PFRON i budżetu państwa ²⁾ | 03. Stopa procentowa składek na ubezpieczenie wypadkowe |
| 01. Liczba ubezpieczonych | | 1 6 7 % |
| 1 | | |

podaj, jeżeli zatrudniasz tylko nianię

wpisz 0,00 zł, gdyż niania nie miała wypłaconego wynagrodzenia

| | | | | | |
|--|---|--|--|--|-------|
| IV. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE ORAZ ŹRÓDEŁ FINANSOWANIA | | | | | |
| SUMY SKŁADEK | 01. Kwota składek na ubezpieczenie emerytalne | 02. Kwota składek na ubezpieczenia rentowe | 03. Suma kwot składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe | | |
| | 0 0 0 | 0 0 0 | 0 0 0 | | |
| SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ: | 04. ubezpieczonych | 05. ubezpieczonych | 06. (p. 04 + p. 05) | | |
| | 07. płatnika składek | 08. płatnika składek | 09. (p. 07 + p. 08) | | |
| | 10. budżet państwa | 11. budżet państwa | 12. (p. 10 + p. 11) | | |
| | 13. PFRON ²⁾ | 14. PFRON ²⁾ | 15. (p. 13 + p. 14) | | |
| | 16. Fundusz Kościelny | 17. Fundusz Kościelny | 18. (p. 16 + p. 17) | | |
| | 0 0 0 | 0 0 0 | 0 0 0 | | |
| SUMY SKŁADEK | 19. Kwota składek na ubezpieczenie chorobowe | 20. Kwota składek na ubezpieczenie wypadkowe | 21. Suma kwot składek na ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe | | |
| | 0 0 0 | 0 0 0 | 0 0 0 | | |
| | 22. ubezpieczonych | 23. ubezpieczonych | 24. (p. 22 + p. 23) | | |
| | 25. płatnika składek | 26. płatnika składek | 27. (p. 25 + p. 26) | | |
| | 28. budżet państwa | 29. budżet państwa | 30. (p. 28 + p. 29) | | |
| | 31. PFRON ²⁾ | 32. PFRON ²⁾ | 33. (p. 31 + p. 32) | | |
| 34. Fundusz Kościelny | 35. Fundusz Kościelny | 36. (p. 34 + p. 35) | | | |
| 0 0 0 | 0 0 0 | 0 0 0 | | | |
| 37. Kwota składek na ubezpieczenia społeczne, które powinien przekazać płatnik składek (p. 06 + p. 09 + p. 24 + p. 27) | | | | | 0 0 0 |

| | | | | |
|---|---|---|---|--|
| V. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ PODLEGAJĄCYCH ROZLICZENIU W CIĘŻAR SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE | | | | |
| 01. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego | 02. Kwota wynagrodzenia należnego płatnikowi składek od wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego | 03. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego | 04. Kwota wypłaconych świadczeń finansowanych z FUS ⁴⁾ | 05. Łączna kwota do potrącenia (p. 01 + p. 02 + p. 03 + p. 04) |
| | | | | |

nie pobierasz składki od niani

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

wpisz 0,00 zł gdyż
niana nie miała
wypłaconego
wynagrodzenia

VI. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

| | | | |
|---|----------------------|----|----|
| 01. Kwota należnych składek finansowana przez płatnika składek ⁵⁾ | <input type="text"/> | zł | gr |
| 02. Kwota należnych składek finansowana przez ubezpieczonych | <input type="text"/> | zł | gr |
| 03. Kwota należnych składek finansowana przez Fundusz Kościelny | <input type="text"/> | zł | gr |
| 04. Kwota należnych składek finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS | <input type="text"/> | zł | gr |
| 05. Kwota należnych składek do przekazania przez płatnika składek (p. 01 + p. 02) | <input type="text"/> | 0 | 00 |
| 06. Kwota należnego wynagrodzenia dla płatnika składek ⁶⁾ | <input type="text"/> | zł | gr |
| 07. Kwota do zapłaty (p. 05 – p. 06) | <input type="text"/> | zł | gr |

VII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FP I FS ORAZ FGŚP

| | | | |
|--|----------------------|----|----|
| 01. Kwota należnych składek na Fundusz Pracy i Fundusz Solidarnościowy ⁷⁾ | <input type="text"/> | zł | gr |
| 02. Kwota należnych składek na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych | <input type="text"/> | zł | gr |
| 03. Kwota do zapłaty (p. 01 + p. 02) | <input type="text"/> | zł | gr |

VIII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FUNDUSZ EMERYTUR POMOSTOWYCH

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

IX. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK DO ZWROTU/ZAPŁATY (p. IV.37 + p. VI.07 + p. VII.03 + p. VIII.03 – p. V.05)

| | | | |
|---|----------------------|----|----|
| 01. Kwota do zwrotu przez ZUS ⁸⁾ | <input type="text"/> | zł | gr |
| 02. Kwota do zapłaty | <input type="text"/> | 0 | 00 |

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

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

nie opłacasz za nianię składki do ZUS za ten miesiąc

XI. FORMA OPODATKOWANIA OBOWIĄZUJĄCA W DANYM MIESIĄCU ORAZ PRZYCHÓD I DOCHÓD Z DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ DLA CELÓW WYLICZENIA SKŁADKI MIESIĘCZNEJ NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

| | | | | |
|---|---|----------------------------|----|----|
| <input type="checkbox"/> 01. Forma opodatkowania: zasady ogólne – podatek według skali | 03. Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne | 04. Kwota należnej składki | | |
| 02. Kwota dochodu uzyskanego w miesiącu bezpośrednio poprzedzającym miesiąc, za który dokonywane jest rozliczenie | <input type="text"/> | <input type="text"/> | zł | gr |
| <input type="checkbox"/> 05. Forma opodatkowania: zasady ogólne – podatek liniowy | 07. Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne | 08. Kwota należnej składki | | |
| 06. Kwota dochodu uzyskanego w miesiącu bezpośrednio poprzedzającym miesiąc, za który dokonywane jest rozliczenie | <input type="text"/> | <input type="text"/> | zł | gr |
| <input type="checkbox"/> 09. Forma opodatkowania: karta podatkowa | 11. Kwota należnej składki | | | |
| 10. Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne | <input type="text"/> | <input type="text"/> | zł | gr |

19. Forma opodatkowania: ryczałt od przychodów ewidencjonowanych

20. Kwota przychodów osiągniętych z działalności gospodarczej w roku, którego dotyczy roczne rozliczenie

21. Roczna podstawa wymiaru składki

22. Roczna składka

23. Suma miesięcznych należnych składek wynikająca ze złożonych dokumentów za rok, którego dotyczy roczne rozliczenie

24. Kwota do dopłaty (p. 22 – p. 23)¹⁵⁾

25. Kwota do zwrotu (p. 23 – p. 22)¹⁶⁾

ŁĄCZNA KWOTA DO DOPŁATY ALBO DO ZWROTU Z ROZLICZENIA ROCZNEGO¹⁷⁾

26. Łączna kwota do dopłaty

27. Łączna kwota do zwrotu

podaj datę
wypełnienia
dokumentów
rozliczeniowych

XIII. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rr)

20022025

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

02. Podpis płatnika składek lub osoby upoważnionej

jestes płatnikiem podpis

03. Pieczęćka płatnika składek

Pouczenie: W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. IX.02 lub wpłacenia jej w niepełnej wysokości niniejsza deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz. U. z 2022 r. poz. 479, z późn. zm.)

XIV. ADNOTACJE ZUS

- ¹⁾ Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.
- ²⁾ Pół nie wypełnia się w dokumentach za okres od stycznia 2008 r., a w razie składania korekt za okres do grudnia 2007 r. może zostać wykazana kwota nie wyższa od kwoty dofinansowania uwzględnionego w deklaracji za ten okres, złożonej nie później niż w dniu 30 czerwca 2008 r.
- ³⁾ Pole wypełniasz, tylko gdy korzystasz ze zwolnienia z obowiązku opłacania składek na ubezpieczenie chorobowe, na mocy ustawy z dnia 9 maja 2024 r. o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2024 r. poz. 863).
- ⁴⁾ W polu należy wykazać wypłacaną za okres od stycznia 2016 r. kwotę podwyższenia zasiłku macierzyńskiego do wysokości kwoty świadczenia rodzicielskiego finansowanego z funduszu chorobowego.
- ⁵⁾ W polu tym należy także wykazać kwotę składek finansowanych z budżetu państwa, jeżeli dotację otrzymuje płatnik składek.
- ⁶⁾ Za okres od 1 kwietnia 2003 r. płatnik składek nie ma prawa do wynagrodzenia za rozliczenie składek na ubezpieczenie zdrowotne.
- ⁷⁾ Za okres od stycznia 2019 r. kwotę należnych składek stanowi suma stóp procentowych na Fundusz Pracy i Solidarnościowy Fundusz Wsparcia Osób Niepełnosprawnych, a od stycznia 2020 r. na Fundusz Pracy i Fundusz Solidarnościowy.
- ⁸⁾ Kwota nadpłaty, zgodnie z art. 24 ust. 6a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 497, z późn. zm.), podlega zaliczeniu przez Zakład z urzędu na poczet zaległych lub bieżących składek, a w razie ich braku na poczet przyszłych składek, chyba że płatnik składek złoży wniosek o zwrot składek.
- ⁹⁾ Kwota przychodów osiągniętych od początku roku kalendarzowego do końca miesiąca, za który dokonywane jest rozliczenie.
- ¹⁰⁾ Kwota rocznych przychodów w rozumieniu art. 81 ust. 2h ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.).
- ¹¹⁾ Roczne rozliczenia składki na ubezpieczenie zdrowotne dokonujesz począwszy od 1 maja 2023 r.
- ¹²⁾ Zmiana formy opodatkowania na podstawie art. 14–15 ustawy z dnia 9 czerwca 2022 r. o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2022 r. poz. 1265, z późn. zm.).
- ¹³⁾ Zmiana formy opodatkowania na podstawie art. 17 ustawy z dnia 9 czerwca 2022 r. o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz niektórych innych ustaw.
- ¹⁴⁾ Pole wypełniasz wyłącznie w sytuacji, gdy w roku, którego dotyczy roczne rozliczenie, stosowałeś obniżenie składki na ubezpieczenie zdrowotne do wysokości zaliczki na podatek zgodnie z art. 82 ust. 10 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- ¹⁵⁾ Wypełnij, jeśli składka roczna jest większa od sumy miesięcznych należnych składek wynikających ze złożonych dokumentów za rok, którego dotyczy roczne rozliczenie.
- ¹⁶⁾ Wypełnij, jeśli składka roczna jest mniejsza od sumy miesięcznych należnych składek wynikających ze złożonych dokumentów za rok, którego dotyczy roczne rozliczenie.
- ¹⁷⁾ Podajesz wyłącznie jedną kwotę: do dopłaty (p. 26) albo do zwrotu (p. 27). Jeśli w roku, który rozliczasz, stosowałeś jedną formę opodatkowania, wpisz ustaloną dla niej kwotę dopłaty albo zwrotu. Jeśli stosowałeś kilka form opodatkowania (skala podatkowa, podatek liniowy, ryczałt od przychodów ewidencjonowanych), wpisz ustaloną dla nich różnicę kwot dopłat i zwrotu.

podaj ten identyfikator

podaj miesiąc i rok, za który sporządzasz rozliczenie

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

| | | | |
|--------------------------------|---------|-----------|---|
| ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH | ZUS RSA | strona: 1 | IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH I PRZERWACH W OPŁACANIU SKŁADEK |
|--------------------------------|---------|-----------|---|

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrr) **40** **012025**

kod identyfikatora, np. P oznacza PESEL

podaj swoje dane

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek) **9999999999**

02. Numer REGON

03. Numer PESEL¹⁾ **9999999999**

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

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko **KOWALSKA**

08. Imię pierwsze **JADWIGA**

09. Data urodzenia (dd / mm / rrr) **99999999**

PESEL lub inny identyfikator z ZUS ZUA

imię i nazwisko niani

III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko **JANKOWSKA**

02. Imię pierwsze **DOMINIKA**

03. Serp 04. Identyfikator **P** **888888888888**

kod tytułu ubezpieczenia niani z ZUS ZUA

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

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia **043000**

02. Kod świadczenia / przerwy **314**

03. Od (dd / mm / rrr) **01012025**

04. Do (dd / mm / rrr) **31012025**

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kwota **zł, gr**

okres nieobecności w tym miesiącu w związku z wypadkiem w pracy

IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ I

IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ I

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

podaj ten kod gdy niania pobiera zasiłek chorobowy z ubezpieczenia wypadkowego

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

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Kod świadczenia / przerwy

03. Od (dd / mm / rrr)

04. Do (dd / mm / rrr)

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kwota **zł, gr**

V. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

V. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

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

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Kod świadczenia / przerwy

03. Od (dd / mm / rrr)

04. Do (dd / mm / rrr)

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kwota **zł, gr**

VI. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

VI. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

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

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Kod świadczenia / przerwy

03. Od (dd / mm / rrr)

04. Do (dd / mm / rrr)

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kwota **zł, gr**

pola pozostaw puste, jeżeli zasiłek wypłaca niani ZUS

VII. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

VII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Kod świadczenia / przerwy

03. Od (dd / mm / rrr)

04. Do (dd / mm / rrr)

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kwota zł, gr

VIII. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

VIII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Kod świadczenia / przerwy

03. Od (dd / mm / rrr)

04. Do (dd / mm / rrr)

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kwota zł, gr

IX. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

IX. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Kod świadczenia / przerwy

03. Od (dd / mm / rrr)

04. Do (dd / mm / rrr)

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kwota zł, gr

X. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

X. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Kod świadczenia / przerwy

03. Od (dd / mm / rrr)

04. Do (dd / mm / rrr)

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kwota zł, gr

podaj datę wypełnienia dokumentów rozliczeniowych

XI. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrr)

2 0 0 2 2 0 2 5

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

jestes platinikiem podpisz

XII. ADNOTACJE ZUS

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