

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

podaj ten identyfikator

podaj miesiąc i rok, za który
sporządzasz rozliczenie

zawsze podaj
ten kod

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	6	40 01 20 23	
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)			

podaj swoje
dane

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK		02. Numer REGON
01. Numer NIP (wpisać bez kresek)	9999999999	
03. Numer PESEL ¹⁾	9999999999	04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2
06. Nazwa skrócona		05. Seria i numer dokumentu
07. Nazwisko	KOWALSKA	
08. Imię pierwsze	JADWIGA	09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)
		99999999

podaj liczbę
ubezpieczonych

podaj, jeżeli
zatrudniasz tylko nianię

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	1,67 %

kwoty wyliczone
dla
wynagrodzenia
niani 1182,10 zł

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
	23075	9457	32532
PRZEZ:	04. ubezpieczonych	05. ubezpieczonych	06. (p. 04 + p. 05)
	zł, gr	zł, gr	zł, gr
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:	07. płatnika składek	08. płatnika składek	09. (p. 07 + p. 08)
	zł, gr	zł, gr	zł, gr
	10. budżet państwa	11. budżet państwa	12. (p. 10 + p. 11)
	23075	9457	32532
	zł, gr	zł, gr	zł, gr
	13. PFRON ²⁾	14. PFRON ²⁾	15. (p. 13 + p. 14)
	zł, gr	zł, gr	zł, gr
	16. Fundusz Kościelny	17. Fundusz Kościelny	18. (p. 16 + p. 17)
	zł, gr	zł, gr	zł, gr

SUMY SKŁADEK	19. Kwota składek na ubezpieczenia chorobowe	20. Kwota składek na ubezpieczenie wypadkowe	21. Suma kwot składek na ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe
	2896	1974	4870
PRZEZ:	22. ubezpieczonych	23. ubezpieczonych	24. (p. 22 + p. 23)
	zł, gr	zł, gr	zł, gr
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:	25. płatnika składek	26. płatnika składek	27. (p. 25 + p. 26)
	zł, gr	zł, gr	zł, gr
	28. budżet państwa	29. budżet państwa	30. (p. 28 + p. 29)
	zł, gr	zł, gr	zł, gr
	31. PFRON ²⁾	32. PFRON ²⁾	33. (p. 31 + p. 32)
	zł, gr	zł, gr	zł, gr
	34. Fundusz Kościelny	35. Fundusz Kościelny	36. (p. 34 + p. 35)
	zł, gr	zł, gr	zł, gr

37. Kwota składek na ubezpieczenia społeczne, które powinien przekazać płatnik składek (p. 06 + p. 09 + p. 24 + p. 27) 2896

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 składek od wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego	zł, gr	04. Kwota wypłaconych świadczeń finansowanych z FUS ³⁾	zł, gr
05. Łączna kwota do potrącenia (p. 01 + p. 02 + p. 03 + p. 04)		zł, gr	

składka, którą musisz pobrać od niani

VI. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kwota należnych składek finansowana przez płatnika składek ⁴⁾	zł, gr
02. Kwota należnych składek finansowana przez ubezpieczonych	zł, gr
03. Kwota należnych składek finansowana przez Fundusz Kościelny	zł, gr
04. Kwota należnych składek finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS	1 0 3 7 9
05. Kwota należnych składek do przekazania przez płatnika składek (p. 01 + p. 02)	zł, gr
06. Kwota należnego wynagrodzenia dla płatnika składek ⁵⁾	zł, gr
07. Kwota do zapłaty (p. 05 – p. 06)	zł, gr

kwota wyliczona od podstawy składki zdrowotnej 1153,14 zł (1182,10 zł – 28,96 zł) którą sfinansuje budżet państwa

VII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FP I FS ORAZ FGŚP

01. Kwota należnych składek na Fundusz Pracy i Fundusz Solidarnościowy ⁶⁾	zł, gr
02. Kwota należnych składek na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych	zł, gr
03. Kwota do zapłaty (p. 01 + p. 02)	zł, gr

VIII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FUNDUSZ EMERYTUR POMOSTOWYCH

01. Liczba pracowników, za których jest opłacana składka na Fundusz Emerytur Pomostowych	
02. Liczba stanowisk pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze	
03. Suma należnych składek na Fundusz Emerytur Pomostowych	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 ⁷⁾	zł, gr
02. Kwota do zapłaty	2 8 9 6

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

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

składka, którą musisz opłacić za nianię do ZUS za ten miesiąc, w terminie do 20 dnia następnego miesiąca

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

podaj ten identyfikator

podaj miesiąc i rok, za który sporządzasz rozliczenie

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRAJKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE, UŻYCI DROKOWANYMI 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		012023			
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK					
01. Numer NIP (wpisać bez kresek)			02. Numer REGON		
9999999999					
03. Numer PESEL ¹⁾			04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2		
9999999999					
06. Nazwa skrócona					
07. Nazwisko					
KOWALSKA					
08. Imię pierwsze			09. Data urodzenia (dd / mm / rrr)		
JADWIGA			99999999		
III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ					
01. Nazwisko					
JANKOWSKA					
02. Imię pierwsze					
DOMINIKA					
03. Typ 04. Identyfikator					
P 888888888888					
III. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ					
01. Kod tytułu ubezpieczenia					
04 30 0 0					
02. Kod świadczenia / przerwy					
313					
03. Od (dd / mm / rrr)					
04. Do (dd / mm / rrr)					
05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat					
06. Kwota					
Okres 04012023 - 13012023					
zł, gr					
IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ I					
01. Nazwisko					
02. Imię pierwsze					
03. Typ 04. Identyfikator					
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					
Okres -					
zł, gr					
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					
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					
Okres -					
zł, gr					
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					
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					
Okres -					
zł, gr					

podaj swoje dane

imię i nazwisko niani

kod tytułu ubezpieczenia niani z ZUS ZUA

podaj okres orzeczonej niezdolności do pracy ze zwolnienia lekarskiego

podaj ten kod gdy niania pobiera zasiłek chorobowy z ubezpieczenia chorobowego, a kod:
- 321- gdy niania pobiera świadczenie rehabilitacyjne,
- 314 – gdy zasiłek chorobowy jest z ubezpieczenia wypadkowego,
- 322 – gdy świadczenie rehabilitacyjne jest z ubezpieczenia wypadkowego.

kod identyfikatora, np. P oznacza PESEL

PESEL lub inny identyfikator z ZUS ZUA

pola pozostaw puste, jeżeli zasiłek wypłaca niania 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 / rrrr)

04. Do (dd / mm / rrrr)

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 / rrrr)

04. Do (dd / mm / rrrr)

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 / rrrr)

04. Do (dd / mm / rrrr)

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 / rrrr)

04. Do (dd / mm / rrrr)

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kwota zł, gr

podaj datę wypełnienia dokumentów rozliczeniowych

XI. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

1 5 0 2 2 0 2 3

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

jestes platinikiem podpisz

03. Pieczęćka płatnika

XII. ADNOTACJE ZUS

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

podaj ten identyfikator

podaj miesiąc i rok, za który sporządzasz rozliczenie

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

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

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr)

4 0 0 1 2 0 2 3

kod identyfikatora, np. P oznacza PESEL

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9

02. Numer REGON

03. Numer PESEL¹⁾

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

J A D W I G A

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

9 9 9 9 9 9 9 9

PESEL lub inny identyfikator z ZUS ZUA

III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

D O M I N I K A

02. Imię pierwsze

J A N K O W S K A

03. Kod identyfikatora

P 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8

III. B. ZASTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia

0 4 3 0 0 0

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

03. Wymiar czasu pracy

04. Podstawa wymiaru składki

1 1 8 2 1 0

05. Podstawa wymiaru składki

1 1 8 2 1 0

06. Podstawa wymiaru składki

1 1 8 2 1 0

07. ubezpieczonego

z i g r

08. ubezpieczonego

z i g r

09. ubezpieczonego

2 8 9 6

10. ubezpieczonego

z i g r

11. płatnika składek

z i g r

12. płatnika składek

z i g r

13. płatnika składek

z i g r

14. płatnika składek

z i g r

15. budżet państwa

2 3 0 7 5

16. budżet państwa

9 4 5 7

17. budżet państwa

z i g r

18. budżet państwa

1 9 7 4

19. PFRON²⁾

z i g r

20. PFRON²⁾

z i g r

21. PFRON²⁾

z i g r

22. PFRON²⁾

z i g r

23. Fundusz Kościelny

z i g r

24. Fundusz Kościelny

z i g r

25. Fundusz Kościelny

z i g r

26. Fundusz Kościelny

z i g r

27. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego

28. Kwota wpłaty w ramach pracowniczego planu kapitałowego finansowana przez płatnika składek

29. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.26)

3 7 4 0 2

III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Podstawa wymiaru składki

1 1 5 3 1 4

02. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika składek³⁾

z i g r

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

1 0 3 7 9

04. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego

z i g r

05. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny

z i g r

06. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny

z i g r

07. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego

z i g r

08. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego

z i g r

09. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego

z i g r

10. Łączna kwota wypłaconych zasiłków (p.07 + p.08 + p.09)

z i g r

11. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego

z i g r

12. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego

z i g r

13. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego

z i g r

14. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego

z i g r

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

01. Forma opodatkowania: zasady ogólne - podatek według skali

02. Kwota dochodu uzyskanego w miesiącu bezpośrednio poprzedzającym miesiąc, za który dokonywane jest rozliczenie

z i g r

03. Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne

z i g r

04. Kwota należnej składki

z i g r

jesteś płatnikiem podaj swoje dane zgodnie z ZUS ZFA

imię i nazwisko niani

kod tytułu ubezpieczenia niani z ZUS ZUA

kwoty wyliczone dla wynagrodzenia niani 1182,10 zł

podstawa składki zdrowotnej (1182,10 zł – 28,96 zł = 1153,14 zł)

suma składek należnych za nianię

kwota obliczona od podstawy 1153,14 zł

05. Forma opodatkowania: zasady ogólne - podatek liniowy

06. Kwota dochodu uzyskanego w miesiącu bezpośrednio poprzedzającym miesiąc, za który dokonywane jest rozliczenie

07. Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne

08. Kwota należnej składki

09. Forma opodatkowania: karta podatkowa

10. Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne

11. Kwota należnej składki

12. Forma opodatkowania: ryczałt od przychodów ewidencjonowanych

13. Suma przychodów w bieżącym roku kalendarzowym ⁶⁾

14. Deklaracja opłacania składek na podstawie przychodów uzyskanych w poprzednim roku kalendarzowym (zaznacz X jeśli chcesz ustalać składkę na ubezpieczenie zdrowotne na podstawie przychodów uzyskanych w poprzednim roku kalendarzowym)

15. Kwota przychodów z działalności gospodarczej uzyskanych w ubiegłym roku kalendarzowym ⁶⁾ (podaj w przypadku zaznaczenia p. 14)

16. Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne

17. Kwota należnej składki

18. Bez formy opodatkowania

19. Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne

20. Kwota należnej składki

III. F. ROCZNE ROZLICZENIE SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE W PRZYPADKU STOSOWANIA OPODATKOWANIA W FORMIE RYCZAŁTU OD PRZYCHODÓW EWIDENCJONOWANYCH

01. Rozliczenie składki zdrowotnej za rok

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

03. Roczna składka obliczona od rocznej podstawy wymiaru składki

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

05. Kwota do dopłaty (p. 03 - p. 04) ⁷⁾

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

podaj datę wypełnienia dokumentów rozliczeniowych

IV. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)
1 5 0 2 2 0 2 3

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

02. Podpis płatnika składek lub osoby upoważnionej

03. Pieczęć płatnika składek

jestes płatnikiem podpisz

V. 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 raporcie za ten okres, złożonym nie później niż w dniu 30 czerwca 2008 r.

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

⁴⁾ Blok ten należy wypełnić tylko w przypadku składania korekt dokumentów, w których płatnik składek wykazał świadczenia finansowane z budżetu państwa należne za okres do dnia 31 sierpnia 2006 r.

⁵⁾ Kwota przychodów osiągniętych od początku roku kalendarzowego do końca miesiąca, za który dokonywane jest rozliczenie.

⁶⁾ 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 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.).

⁷⁾ W polu tym wpisz kwotę, która stanowi różnicę między roczną składką wynikającą z rocznej podstawy wymiaru składki, a sumą należnych składek wykazanych w dokumentach rozliczeniowych.