

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

IV A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

IV. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia

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

03. Wymiar czasu pracy

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBOWE	WYPADKOWE
PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	04. zł, gr	05. zł, gr	06. zł, gr	06. zł, gr
SKŁADKA FINANSOWANA PRZEZ:				
ubezpieczonego	07. zł, gr	08. zł, gr	09. zł, gr	10. zł, gr
płatnika	11. zł, gr	12. zł, gr	13. zł, gr	14. zł, gr
budżetu państwa	15. zł, gr	16. zł, gr	17. zł, gr	18. zł, gr
PFRON ²⁾	19. zł, gr	20. zł, gr	21. zł, gr	22. zł, gr
Fundusz Kościelny	23. zł, gr	24. zł, gr	25. zł, gr	26. zł, gr
27. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składki w ramach pracowniczego programu emerytalnego	zł, gr			
28. Kwota wpłaty w ramach pracowniczego planu kapitałowego finansowana przez płatnika składek	zł, gr		29. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.26)	zł, gr

IV. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Podstawa wymiaru składki

02. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika³⁾

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

04. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego

05. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny

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

01. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego

02. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego

03. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego

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

V. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

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

VI. ADNOTACJE ZUS

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

IV. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH		ZUS	DRA	strona: 1	DEKLARACJA ROZLICZENIOWA		
I. DANE ORGANIZACYJNE							
01. Termin przysyłania deklaracji i raportów		02. Identyfikator deklaracji (numer / mm / rrrr)		05. Znak i numer decyzji pokontrolnej			
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)		04. Nalepka „R”					
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK							
01. Numer NIP (wpisać bez kresek)			02. Numer REGON				
03. Numer PESEL ¹⁾			04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2		05. Seria i numer dokumentu		
06. Nazwa skrócona							
07. Nazwisko							
08. Imię pierwsze					09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)		
III. INNE INFORMACJE							
01. Liczba ubezpieczonych		02. Wniosek pracodawcy o dofinansowanie składek za osoby niepełnosprawne ze środków PFRON i budżetu państwa ²⁾		03. Stopa procentowa składek na ubezpieczenie wypadkowe na ubezpieczenie wypadkowe %			
IV. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE ORAZ ŹRÓDEŁ FINANSOWANIA							
SUMY SKŁADEK	01. Kwota składek na ubezpieczenie emerytalne		02. Kwota składek na ubezpieczenia rentowe		03. Suma kwot składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe		
	04. ubezpieczonych		05. ubezpieczonych		06. (p. 04 + p. 05)		
	07. płatnika		08. płatnika		09. (p. 07 + p. 08)		
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:	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)		
	19. Kwota składek na ubezpieczenie chorobowe		20. Kwota składek na ubezpieczenie wypadkowe		21. Suma kwot składek na ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe		
SUMY SKŁADEK	22. ubezpieczonych		23. ubezpieczonych		24. (p. 22 + p. 23)		
	25. płatnika		26. płatnika		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)		
	37. Kwota składek na ubezpieczenia społeczne, które powinien przekazać płatnik (p. 06 + p. 09 + p. 24 + p. 27)						
V. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ PODLEGAJĄCYCH ROZLICZENIU W CIĘŻAR SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE							
01. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego		02. Kwota wynagrodzenia należnego płatnikowi od wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego		03. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego		04. Kwota wypłaconych świadczeń finansowanych z FUS ³⁾	
05. Łączna kwota do potrącenia (p. 01 + p. 02 + p. 03 + p. 04)							

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

VI. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kwota należnych składek finansowana przez płatnika 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 zł, gr

05. Kwota należnych składek do przekazania przez płatnika (p. 01 + p. 02) zł, gr

06. Kwota należnego wynagrodzenia dla płatnika ⁵⁾ zł, gr

07. Kwota do zapłaty (p. 05 – p. 06) zł, gr

VII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FP I SFWON ORAZ FGŚP

01. Kwota należnych składek na Fundusz Pracy i Solidarnościowy Fundusz Wsparcia Osób Niepełnosprawnych 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 zł, gr

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

XI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

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

Pouczenie: W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie 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 2018 r. poz. 1314, z późn. zm.)

XII. ADNOTACJE ZUS

- Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.
- Pół nie wypełnia się w dokumentach za okres od stycznia 2008 r., a w razie składania korekt za okres do grudnia 2007 r. może zostać wykazana kwota, nie wyższa od kwoty dofinansowania uwzględnionego w deklaracji za ten okres, złożonej nie później niż 30 czerwca 2008 r.
- W polu należy wykazać wypłacaną za okres od stycznia 2016 r. kwotę podwyższenia zasiłku macierzyńskiego do wysokości kwoty świadczenia rodzicielskiego finansowanego z funduszu chorobowego.
- W polu tym należy także wykazać kwotę składek finansowanych z budżetu państwa, jeżeli dotację otrzymuje płatnik.
- Za okres od 1 kwietnia 2003 r. płatnik składek nie ma prawa do wynagrodzenia za rozliczenie składek na ubezpieczenie zdrowotne.
- Za okres od stycznia 2019 r. kwotę należnych składek oblicza się sumą stóp procentowych na Fundusz Pracy i Solidarnościowy Fundusz Wsparcia Osób Niepełnosprawnych.
- Kwota nadpłaty, zgodnie z art. 24 ust. 6a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 300, z późn. zm.), podlega zaliczeniu przez Zakład z urzędu na poczet zaległych lub bieżących składek, a w razie ich braku na poczet przyszłych składek, chyba że płatnik składek złoży wniosek o zwrot składek.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH		INFORMACJA MIESIĘCZNA DLA OSOBY UBEZPIECZONEJ			
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK	I. DANE ORGANIZACYJNE				
	01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr)				
	II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK				
	01. Numer NIP		02. Numer REGON		
	03. Numer PESEL ¹⁾		04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2		05. Seria i numer dokumentu
	06. Nazwisko		07. Imię pierwsze		
	08. Nazwa skrócona			09. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)	
	III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ				
	01. Nazwisko		03. Typ		
	02. Imię pierwsze		04. Identyfikator		
III. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE					
01. Kod tytułu ubezpieczenia		02. Kod NFZ		04. Wymiar czasu	
03. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe					
UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBOWE	WYPADKOWE	
PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	05.	06.	07.		
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:					
ubezpieczonych	08.	09.	10.	11.	
płatnika	12.	13.	14.	15.	
budżet państwa	16.	17.	18.	19.	
PFRON ²⁾	20.	21.	22.	23.	
Fundusz Kościelny	24.	25.	26.	27.	
28. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego		30. Łączna kwota składek (suma od p. 08 do p. 27)			
29. Kwota wpłaty w ramach pracowniczego planu kapitałowego finansowana przez płatnika składek					
III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE					
01. Podstawa wymiaru składki		04. Kwota należnej składki finansowanej z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS			
02. Kwota należnej składki finansowanej przez płatnika ³⁾		05. Kwota należnej składki finansowanej przez Fundusz Kościelny			
03. Kwota należnej składki finansowanej przez ubezpieczonego					
III. D. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ I WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ ORAZ RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK					
01. Kod świadczenia / przerwy		02. Okres od-do (dd/mm/rrrr)			
03. Liczba dni zasiłkowych / wypłat		04. Kwota			

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

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

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

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

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

01. Kwota

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

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

III. I. OKRESY WYKONYWANIA PRACY NAUCZYCIELSKIEJ⁴⁾

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

IV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

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

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

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

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

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEN SPOŁECZNYCH		INFORMACJA ROCZNA DLA OSOBY UBEZPIECZONEJ			
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK	I. DANE ORGANIZACYJNE				
	01. Identyfikator raportu (numer/rrrr) <input type="text"/>				
	II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK				
	01. Numer NIP <input type="text"/>		02. Numer REGON <input type="text"/>		
	03. Numer PESEL ¹⁾ <input type="text"/>		05. Seria i numer dokumentu <input type="text"/>		
	04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2 <input type="text"/>		07. Imię pierwsze <input type="text"/>		
	06. Nazwisko <input type="text"/>				
	08. Nazwa skrócona <input type="text"/>			09. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) <input type="text"/>	
	III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ				
01. Nazwisko <input type="text"/>					
02. Imię pierwsze <input type="text"/>			03. Typ <input type="text"/>	04. Identyfikator <input type="text"/>	
OKRES ROZLICZENIOWY <input type="text"/> (mm/rrrr)					
III. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE					
01. Kod tytułu ubezpieczenia <input type="text"/>		02. Kod NFZ <input type="text"/>		04. Wymiar czasu <input type="text"/>	
03. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe <input type="text"/>					
UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBOWE	WYPADKOWE	
05. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	<input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr	06. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr	07. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr	<input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr	
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:					
ubezpieczonych	08. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr	09. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr	10. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr	11. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr	
płatnika	12. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr	13. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr	14. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr	15. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr	
budżetu państwa	16. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr	17. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr	18. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr	19. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr	
PFRON ²⁾	20. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr	21. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr	22. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr	23. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr	
Fundusz Kościelny	24. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr	25. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr	26. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr	27. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr	
28. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składki w ramach pracowniczego programu emerytalnego <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr					
29. Kwota wpłaty w ramach pracowniczego planu kapitałowego finansowana przez płatnika składek <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr		30. Łączna kwota składek (suma od p. 08 do p. 27) <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr			
III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE					
01. Podstawa wymiaru składki <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr					
02. Kwota należnej składki finansowanej przez płatnika ³⁾ <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr		04. Kwota należnej składki finansowanej z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr			
03. Kwota należnej składki finansowanej przez ubezpieczonego <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr		05. Kwota należnej składki finansowanej przez Fundusz Kościelny <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr			
III. D. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ I WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ ORAZ RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK					
01. Kod świadczenia / przerwy <input type="text"/>		02. Okres od-do (dd/mm/rrrr) <input type="text"/> - <input type="text"/>			
03. Liczba dni zasiłkowych / wypłat <input type="text"/>		04. Kwota <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr			

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

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

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

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

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

01. Kwota

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

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

III. I. OKRESY WYKONYWANIA PRACY NAUCZYCIELSKIEJ⁴⁾

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

IV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

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

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 30 czerwca 2008 r.

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

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