

podaj ten identyfikator

podaj miesiąc i rok, za który sporządzasz rozliczenie

zawsze podaj ten kod

PLATNIK WYPELNIŁA PÓŁA W WYZNACZONYCH KRÓTKACH 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: **6**

02. Identyfikator deklaracji (numer / mm / rrrr): **40 012024**

03. Data nadania (dd / mm / rrrr):

04. Wałeczka „P”:

05. Znak i numer decyzji pokontrolnej:

podaj swoje dane

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wisać bez kresek): **9999999999**

02. Numer REGON:

03. Numer PESEL<sup>1)</sup>: **9999999999**

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

05. Seria i numer dokumentu:

06. Nazwa skrócona: **KOWALSKA**

07. Nazwisko: **JADWIGA**

08. Imię pierwsze:

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr): **99999999**

podaj liczbę ubezpieczonych

III. INNE INFORMACJE

01. Liczba ubezpieczonych: **1**

02. Wniosek pracodawcy o dofinansowanie składek za osoby niepełnosprawne ze środków PFRON i budżetu państwa<sup>2)</sup>

03. Stopa procentowa składek na ubezpieczenie wypadkowe: **167**%

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	Kwota składek na ubezpieczenie emerytalne		Kwota składek na ubezpieczenia rentowe		Suma kwot składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe	
	01.	02.	03.	04.	05.	06.
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:	04. ubezpieczonych	05. ubezpieczonych	06. (p. 04 + p. 05)	07. płatnika składek	08. płatnika składek	09. (p. 07 + p. 08)
	0,00 zł gr	0,00 zł gr	0,00 zł gr	0,00 zł gr	0,00 zł gr	0,00 zł gr
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:	10. budżet państwa	11. budżet państwa	12. (p. 10 + p. 11)	13. PFRON <sup>2)</sup>	14. PFRON <sup>2)</sup>	15. (p. 13 + p. 14)
	0,00 zł gr	0,00 zł gr	0,00 zł gr	0,00 zł gr	0,00 zł gr	0,00 zł gr
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:	16. Fundusz Kościelny	17. Fundusz Kościelny	18. (p. 16 + p. 17)	19. Kwota składek na ubezpieczenie chorobowe	20. Kwota składek na ubezpieczenie wypadkowe	21. (p. 19 + p. 20)
	0,00 zł gr	0,00 zł gr	0,00 zł gr	0,00 zł gr	0,00 zł gr	0,00 zł gr
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:	22. ubezpieczonych	23. ubezpieczonych	24. (p. 22 + p. 23)	25. płatnika składek	26. płatnika składek	27. (p. 25 + p. 26)
	0,00 zł gr	0,00 zł gr	0,00 zł gr	0,00 zł gr	0,00 zł gr	0,00 zł gr
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:	28. budżet państwa	29. budżet państwa	30. (p. 28 + p. 29)	31. PFRON <sup>2)</sup>	32. PFRON <sup>2)</sup>	33. (p. 31 + p. 32)
	0,00 zł gr	0,00 zł gr	0,00 zł gr	0,00 zł gr	0,00 zł gr	0,00 zł gr
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:	34. Fundusz Kościelny	35. Fundusz Kościelny	36. (p. 34 + p. 35)	37. Kwota składek na ubezpieczenia społeczne, które powinien przekazać płatnik składek (p. 06 + p. 09 + p. 24 + p. 27)		0,00 zł gr
	0,00 zł gr	0,00 zł gr	0,00 zł gr			0,00 zł gr

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 <sup>3)</sup>	05. Łączna kwota do potrącenia (p. 01 + p. 02 + p. 03 + p. 04)
0,00 zł gr	0,00 zł gr	0,00 zł gr	0,00 zł gr	0,00 zł gr

nie pobierasz składki od niani

wpisz 0,00 zł gdyż niania nie miała wypłaconego wynagrodzenia

**VI. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE**

01. Kwota należnych składek finansowana przez płatnika składek <sup>4)</sup> 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 składek (p. 01 + p. 02) **0 0 0** zł gr

06. Kwota należnego wynagrodzenia dla płatnika składek <sup>5)</sup> zł gr

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

**VII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FP I FS ORAZ FGŚP**

01. Kwota należnych składek na Fundusz Pracy i Fundusz Solidarnościowy <sup>6)</sup> 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 <sup>7)</sup> zł gr

02. Kwota do zapłaty **0 0 0** 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

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**

01. Forma opodatkowania: zasady ogólne – podatek według skali

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

03. Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne zł gr

04. Kwota należnej składki zł gr

05. Forma opodatkowania: zasady ogólne – podatek liniowy

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

07. Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne zł gr

08. Kwota należnej składki zł gr

09. Forma opodatkowania: karta podatkowa

10. Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne zł gr

11. Kwota należnej składki 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)<sup>14)</sup>

25. Kwota do zwrotu (p. 23 – p. 22)<sup>15)</sup>

**ŁĄCZNA KWOTA DO DOPŁATY ALBO DO ZWROTU Z ROZLICZENIA ROCZNEGO<sup>16)</sup>**

26. Łączna kwota do dopłaty

27. Łączna kwota do zwrotu

podaj datę  
wypełnienia  
dokumentów  
rozliczeniowych

**XIII. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK**

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

2 0 0 2 2 0 2 4

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 składek lub osoby upoważnionej</p> <p style="text-align: center;"><b>jesteś płatnikiem podpisz</b></p>	<p>03. Pieczęć płatnika składek</p>
---	-------------------------------------

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

**XIV. ADNOTACJE ZUS**

- <sup>1)</sup> Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.
- <sup>2)</sup> 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 deklaracji za ten okres, złożonej nie później niż w dniu 30 czerwca 2008 r.
- <sup>3)</sup> W polu należy wykazać wypłacaną za okres od stycznia 2016 r. kwotę podwyższenia zasiłku macierzyńskiego do wysokości kwoty świadczenia rodzicielskiego finansowanego z funduszu chorobowego.
- <sup>4)</sup> W polu tym należy także wykazać kwotę składek finansowanych z budżetu państwa, jeżeli dotację otrzymuje płatnik składek.
- <sup>5)</sup> Za okres od 1 kwietnia 2003 r. płatnik składek nie ma prawa do wynagrodzenia za rozliczenie składek na ubezpieczenie zdrowotne.
- <sup>6)</sup> 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.
- <sup>7)</sup> Kwota nadpłaty, zgodnie z art. 24 ust. 6a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 1009, 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.
- <sup>8)</sup> Kwota przychodów osiągniętych od początku roku kalendarzowego do końca miesiąca, za który dokonywane jest rozliczenie.
- <sup>9)</sup> 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.).
- <sup>10)</sup> Roczne rozliczenie składki na ubezpieczenie zdrowotne dokonujesz począwszy od 1 maja 2023 r.
- <sup>11)</sup> 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.).
- <sup>12)</sup> 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.
- <sup>13)</sup> 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.
- <sup>14)</sup> Wypełnij, jeśli składka roczna jest większa od sumy miesięcznych należnych składek wynikających ze złożonych dokumentów za rok, którego dotyczy roczne rozliczenie.
- <sup>15)</sup> Wypełnij, jeśli składka roczna jest mniejsza od sumy miesięcznych należnych składek wynikających ze złożonych dokumentów za rok, którego dotyczy roczne rozliczenie.
- <sup>16)</sup> 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 WYPELNIENIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE 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
<b>I. DANE ORGANIZACYJNE</b>			
01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrr)			
40		012024	
<b>II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK</b>			
01. Numer NIP (wpisać bez kresek)		02. Numer REGON	
9999999999			
03. Numer PESEL <sup>1)</sup>		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	
<b>III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>			
01. Nazwisko			
JANKOWSKA			
02. Imię pierwsze		03. Typ 04. Identyfikator	
DOMINIKA		P 888888888888	
<b>III. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ</b>			
01. Kod tytułu ubezpieczenia		02. Kod świadczenia / przerwy	
043000		314	
03. Od (dd / mm / rrr)		04. Do (dd / mm / rrr)	
Okres 01012024 - 31012024		05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat	
		06. Kwota zł, gr	
<b>IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ I</b>			
01. Nazwisko			
02. Imię pierwsze		03. Typ 04. Identyfikator	
<b>IV. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ</b>			
01. Kod tytułu ubezpieczenia		02. Kod świadczenia / przerwy	
03. Od (dd / mm / rrr)		04. Do (dd / mm / rrr)	
Okres		05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat	
		06. Kwota zł, gr	
<b>V. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>			
01. Nazwisko			
02. Imię pierwsze		03. Typ 04. Identyfikator	
<b>V. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ</b>			
01. Kod tytułu ubezpieczenia		02. Kod świadczenia / przerwy	
03. Od (dd / mm / rrr)		04. Do (dd / mm / rrr)	
Okres		05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat	
		06. Kwota zł, gr	
<b>VI. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>			
01. Nazwisko			
02. Imię pierwsze		03. Typ 04. Identyfikator	
<b>VI. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ</b>			
01. Kod tytułu ubezpieczenia		02. Kod świadczenia / przerwy	
03. Od (dd / mm / rrr)		04. Do (dd / mm / rrr)	
Okres		05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat	
		06. Kwota zł, gr	

podaj swoje dane

imię i nazwisko niani

kod tytułu ubezpieczenia niani z ZUS ZUA

okres nieobecności w tym miesiącu w związku z wypadkiem w pracy

podaj ten kod gdy niania pobiera zasiłek chorobowy z ubezpieczenia wypadkowego

kod identyfikatora, np. P oznacza PESEL

PESEL lub inny identyfikator z ZUS ZUA

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 / 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

XI. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

2 0 0 2 2 0 2 4

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

**jestes platinikiem podpisz**

XII. ADNOTACJE ZUS

<sup>1)</sup> Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.

podaj datę wypełnienia dokumentów rozliczeniowych