

podaj ten identyfikator

podaj miesiąc i rok, za który sporządzasz rozliczenie

zawsze podaj ten kod

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS DRA	strona: 1	DEKLARACJA ROZLICZENIOWA
I. DANE ORGANIZACYJNE		05. Znak i numer decyzji pokontrolnej	
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. Kwalifikacja	05. Znak i numer decyzji pokontrolnej	

podaj swoje dane

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

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		

podaj, jeżeli zatrudniasz tylko nianię

kwoty wyliczone dla wynagrodzenia niani 1436,81 zł

IV. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE ORAZ ŹRÓDEŁ FINANSOWANIA			
SUMY SKŁADEK	01. Kwota składek na ubezpieczenie emerytalne	02. Kwota składek na ubezpieczenie rentowe	03. Suma kwot składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe
	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)
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:	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
	22. ubezpieczonych	23. ubezpieczonych	24. (p. 22 + p. 23)
SUMY SKŁADEK	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)
37. Kwota składek na ubezpieczenia społeczne, które powinien przekazać płatnik składek (p. 06 + p. 09 + p. 24 + p. 27)			

składka, którą musisz pobrać od niani

V. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ PODLEGAJĄCYCH ROZLICZENIU W CIĘŻAR SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE			
01. Kwota 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)
02. Kwota wynagrodzenia należnego płatnikowi składek od wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego			

kwota wyliczona od podstawy składki zdrowotnej 1401,60 zł (1436,81 zł – 35,20 zł) którą sfinansuje budżet państwa

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 2 6 1 4** zł gr

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

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 **3 5 2 0** zł gr

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie 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

składka, którą musisz opłacić za nią 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

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

podaj ten identyfikator

podaj miesiąc i rok, za który sporządzasz rozliczenie

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRAJKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE, CIĘŻKIMI 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** **012024**

kod identyfikatora, np. P oznacza PESEL

podaj swoje dane

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

01. Nazwisko **JANKOWSKA**

02. Imię pierwsze **DOMINIKA**

03. Typ **P**

04. Identyfikator **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

01. Kod tytułu ubezpieczenia **043000**

02. Kod świadczenia / przerwy **313**

03. Od (dd / mm / rrr) **04012024**

04. Do (dd / mm / rrr) **13012024**

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kwota **zł, gr**

podaj okres orzeczonej niezdolności do pracy ze zwolnienia lekarskiego

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 **zł, gr**

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.

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 **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 **zł, gr**

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 / 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 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. Pieczęć płatnika

jestes platinikiem podpisz

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 POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNNIE 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	4
---	---	---	---	---	---	---	---

kod identyfikatora, np. P oznacza PESEL

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

jestes platem podaj swoje dane zgodne z ZUS ZFA

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

02. Numer REGON

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

03. Numer PESEL

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	9	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

PESEL lub inny identyfikator z ZUS ZUA

imię i nazwisko niani

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. Typ

P									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

04. Identyfikator

8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

kod tytułu ubezpieczenia niani z ZUS ZUA

III. B. ZESTAWIENIE 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

--	--	--	--	--	--

kwoty wyliczone dla wynagrodzenia niani 1436,81 zł

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBY	WYPADKOWE
04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	04. 1 4 3 6 8 1	05. 1 4 3 6 8 1	06. 1 4 3 6 8 1	
07. SKŁADKA FINANSOWANA PRZEZ: ubezpieczonego	08. 3 5 2 0	09. 3 5 2 0	10. 3 5 2 0	
11. płatnika składek	12. 2 8 0 4 6	13. 1 1 4 9 4	14. 2 3 9 9	
15. budżet państwa	16. 2 8 0 4 6	17. 1 1 4 9 4	18. 2 3 9 9	
19. PFRON	20. 2 8 0 4 6	21. 1 1 4 9 4	22. 2 3 9 9	
23. Fundusz Kościelny	24. 2 8 0 4 6	25. 1 1 4 9 4	26. 2 3 9 9	
27. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania świadczeń 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)				4 5 4 6 1

III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Podstawa wymiaru składki

1	4	0	1	6	0
---	---	---	---	---	---

02. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika składek

--	--	--	--	--	--

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

1	2	6	1	4	
---	---	---	---	---	--

04. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego

--	--	--	--	--	--

05. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny

--	--	--	--	--	--

III. D. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA

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)

--	--	--	--	--	--

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

--	--	--	--	--	--

03. Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne

--	--	--	--	--	--

04. Kwota należnej składki

--	--	--	--	--	--

podstawa składki zdrowotnej (1401,60 zł – 35,20 zł = 1401,60 zł)

suma składek należnych za nianię

kwota obliczona od podstawy 1401,60 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 ⁵⁾

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 ⁷⁾

01. Rozliczenie składki zdrowotnej za rok

02. Zmiana formy opodatkowania od stycznia 2022 roku ⁸⁾

03. Zmiana formy opodatkowania od lipca 2022 roku ⁹⁾

04. Forma opodatkowania: zasady ogólne – podatek według skali

05. Kwota dochodu osiągniętego z działalności gospodarczej w roku, którego dotyczy roczne rozliczenie

06. Kwota należnego podatku za rok, za który dokonywane jest roczne rozliczenie ¹⁰⁾

07. Roczna podstawa wymiaru składki

08. Roczna składka

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

10. Kwota do dopłaty (p. 08 – p. 09) ¹¹⁾

11. Kwota do zwrotu (p. 09 – p. 08) ¹²⁾

12. Forma opodatkowania: zasady ogólne – podatek liniowy

13. Kwota dochodu osiągniętego z działalności gospodarczej w roku, którego dotyczy roczne rozliczenie

14. Roczna podstawa wymiaru składki

15. Roczna składka

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

17. Kwota do dopłaty (p. 15 – p. 16) ¹¹⁾

18. Kwota do zwrotu (p. 16 – p. 15) ¹²⁾

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

ZAKŁAD UBEZPIECZEN SPOŁECZNYCH	ZUS RCA	strona: 3	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH I WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH
-----------------------------------	---------	-----------	--

19. Forma opodatkowania: ryczałt od przychodów ewidencjonowanych

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

zł	gr
----	----

21. Roczna podstawa wymiaru składki

zł	gr
----	----

22. Roczna składka

zł	gr
----	----

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

zł	gr
----	----

24. Kwota do dopłaty (p. 22 – p. 23) ¹¹⁾

zł	gr
----	----

25. Kwota do zwrotu (p. 23 – p. 22) ¹²⁾

zł	gr
----	----

ŁĄCZNA KWOTA DO DOPLATY ALBO DO ZWROTU Z ROZLICZENIA ROCZNEGO ¹³⁾

26. Łączna kwota do dopłaty

zł	gr
----	----

27. Łączna kwota do zwrotu

zł	gr
----	----

podaj datę
wypełnienia
dokumentów
rozliczeniowych

IV. O ŚWIADCZENIE PŁATNIKA 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 składek lub osoby upoważnionej

jestes płatnikiem podpisz

03. Pieczęć płatnika składek

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 płatnik 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 2008 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 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.).
- ⁷⁾ Roczne rozliczenie składki na ubezpieczenie zdrowotne dokonujesz począwszy od 1 maja 2023 r.
- ⁸⁾ 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.).
- ⁹⁾ 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.
- ¹⁰⁾ 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.
- ¹¹⁾ Wypełnij, jeśli składka roczna jest większa od sumy miesięcznych należnych składek wynikających ze złożonych dokumentów za rok, którego dotyczy roczne rozliczenie.
- ¹²⁾ Wypełnij, jeśli składka roczna jest mniejsza od sumy miesięcznych należnych składek wynikających ze złożonych dokumentów za rok, którego dotyczy roczne rozliczenie.
- ¹³⁾ 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.