

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

ZUS RCA

strona: 2

IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH
I WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH

V. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko _____

02. Imię pierwsze _____

03. Typ¹⁾ 04. Identyfikator _____

V. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE I UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia¹⁾ _____ 02. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe¹⁾ _____ 03. Wymiar czasu pracy _____

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBY I WYPADKOWE	ZDROWOTNE
04. Podstawa wymiaru składki	_____ zł, _____ gr	_____ zł, _____ gr	05. _____ zł, _____ gr	06. _____ zł, _____ gr
07. Ubezpieczonego	_____ zł, _____ gr	08. Ubezpieczonego	09. Ubezpieczenie chorobowe	10. Ubezpieczenie zdrowotne
11. Płatnika	_____ zł, _____ gr	12. Płatnika	13. Ubezpieczenie wypadkowe	_____ zł, _____ gr
14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego		_____ zł, _____ gr		15. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13)
				_____ zł, _____ gr

V. C. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA

01. Liczba osób, na które wypłacany jest zasiłek rodzinny _____ 02. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego _____ zł, _____ gr 03. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego _____ zł, _____ gr

04. Liczba osób, na które wypłacany jest zasiłek pielęgnacyjny _____ 05. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego _____ zł, _____ gr 06. Łączna kwota wypłaconych zasiłków (p.02 + p.03 + p.05) _____ zł, _____ gr

VI. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko _____

02. Imię pierwsze _____

03. Typ¹⁾ 04. Identyfikator _____

VI. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE I UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia¹⁾ _____ 02. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe¹⁾ _____ 03. Wymiar czasu pracy _____

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBY I WYPADKOWE	ZDROWOTNE
04. Podstawa wymiaru składki	_____ zł, _____ gr	_____ zł, _____ gr	05. _____ zł, _____ gr	06. _____ zł, _____ gr
07. Ubezpieczonego	_____ zł, _____ gr	08. Ubezpieczonego	09. Ubezpieczenie chorobowe	10. Ubezpieczenie zdrowotne
11. Płatnika	_____ zł, _____ gr	12. Płatnika	13. Ubezpieczenie wypadkowe	_____ zł, _____ gr
14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego		_____ zł, _____ gr		15. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13)
				_____ zł, _____ gr

VI. C. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA

01. Liczba osób, na które wypłacany jest zasiłek rodzinny _____ 02. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego _____ zł, _____ gr 03. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego _____ zł, _____ gr

04. Liczba osób, na które wypłacany jest zasiłek pielęgnacyjny _____ 05. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego _____ zł, _____ gr 06. Łączna kwota wypłaconych zasiłków (p.02 + p.03 + p.05) _____ zł, _____ gr

04. Suma kwot na stronie (p. V.B.15 + p. V.C.06 + p. VI.B.15 + p. VI.C.06) _____ zł, _____ gr

VII. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr) _____

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej _____

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

03. Pieczętka imienna oraz podpis Głównego Księgowego _____

04. Pieczętka płatnika _____

VIII. ADNOTACJE ZUS

¹⁾ Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji.