

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)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL ¹⁾

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

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PŁATNIKA SKŁADEK

III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia

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

03. Wymiar czasu pracy

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBY I WYPADKOWE	ZDROWOTNE
PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	04. <input type="text"/>	<input type="text"/>	05. <input type="text"/>	06. <input type="text"/>
KWOTA SKŁADKI FINANSOWANA PRZEZ:	07. Ubezpieczonego <input type="text"/>	08. Ubezpieczonego <input type="text"/>	09. Ubezpieczenie chorobowe <input type="text"/>	10. Ubezpieczenie zdrowotne <input type="text"/>
	11. Płatnika <input type="text"/>	12. Płatnika <input type="text"/>	13. Ubezpieczenie wypadkowe <input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego <input type="text"/>	15. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13) <input type="text"/>			<input type="text"/>

III. C. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA²⁾

01. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego

02. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego

03. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego

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

IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

IV. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia

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

03. Wymiar czasu pracy

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBY I WYPADKOWE	ZDROWOTNE
PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	04. <input type="text"/>	<input type="text"/>	05. <input type="text"/>	06. <input type="text"/>
KWOTA SKŁADKI FINANSOWANA PRZEZ:	07. Ubezpieczonego <input type="text"/>	08. Ubezpieczonego <input type="text"/>	09. Ubezpieczenie chorobowe <input type="text"/>	10. Ubezpieczenie zdrowotne <input type="text"/>
	11. Płatnika <input type="text"/>	12. Płatnika <input type="text"/>	13. Ubezpieczenie wypadkowe <input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego <input type="text"/>	15. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13) <input type="text"/>			<input type="text"/>

IV. C. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA²⁾

01. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego

02. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego

03. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego

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

V. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko _____

02. Imię pierwsze _____ 03. Typ _____ 04. Identyfikator _____

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia	02. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe	03. Wymiar czasu pracy
UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE
PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	04. _____ zł, gr	05. _____ zł, gr
07. Ubezpieczonego	08. Ubezpieczonego	06. _____ zł, gr
11. Płatnika	12. Płatnika	09. Ubezpieczenie chorobowe
_____ zł, gr	_____ zł, gr	10. Ubezpieczenie zdrowotne
_____ zł, gr	_____ zł, gr	13. Ubezpieczenie wypadkowe
_____ zł, gr	_____ zł, gr	_____ 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	_____ zł, gr	_____ zł, gr

V. C. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA²⁾

01. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego _____ zł, gr	02. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego _____ zł, gr
03. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego _____ zł, gr	04. Łączna kwota wypłaconych zasiłku (p.01 + p.02 + p.03) _____ zł, gr

VI. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko _____

02. Imię pierwsze _____ 03. Typ _____ 04. Identyfikator _____

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia	02. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe	03. Wymiar czasu pracy
UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE
PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	04. _____ zł, gr	05. _____ zł, gr
07. Ubezpieczonego	08. Ubezpieczonego	06. _____ zł, gr
11. Płatnika	12. Płatnika	09. Ubezpieczenie chorobowe
_____ zł, gr	_____ zł, gr	10. Ubezpieczenie zdrowotne
_____ zł, gr	_____ zł, gr	13. Ubezpieczenie wypadkowe
_____ zł, gr	_____ zł, gr	_____ 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	_____ zł, gr	_____ zł, gr

VI. C. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA²⁾

01. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego _____ zł, gr	02. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego _____ zł, gr
03. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego _____ zł, gr	04. Łączna kwota wypłaconych zasiłku (p.01 + p.02 + p.03) _____ zł, gr

VII. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

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

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.

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

VIII. ADNOTACJE ZUS

1) Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.
2) 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.