

podaj ten identyfikator

podaj miesiąc i rok, za który  
sporządzasz rozliczenie

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

zawsze podaj  
ten kod

jestes  
płatnikiem  
podaj  
swoje dane  
zgodne z  
ZUS ZFA

podaj liczbę  
ubezpieczonych

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS	DRA	strona: 1	DEKLARACJA ROZLICZENIOWA
--------------------------------	-----	-----	-----------	--------------------------

I. DANE ORGANIZACYJNE		2. Identyfikator deklaracji (numer / mm / rrrr)		05. Znak i numer decyzji pokontrolnej	
01. Termin przysyłania deklaracji i raportów		40 012019			
02. Data nadania (dd / mm / rrrr)		04. Naleśka „R”			

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK			02. Numer REGON		
01. Numer NIP (wypisać bez kresek)			9 9 9 9 9 9 9 9 9 9		
03. Numer PESEL <sup>1)</sup>			04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2		
9 9 9 9 9 9 9 9 9 9			05. Seria i numer dokumentu		
06. Nazwa skrócona					
07. Nazwisko			K O W A L S K A		
08. Imię pierwsze			09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)		
J A D W I G A			9 9 9 9 9 9 9 9		

III. INNE INFORMACJE		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	
01. Liczba ubezpieczonych		1			

#### 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	
	zł	gr	zł	gr	zł	gr
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:	04. ubezpieczonych		05. ubezpieczonych		06. (p. 04 + p. 05)	
	07. płatnika		08. płatnika		09. (p. 07 + p. 08)	
	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)	
	16. Fundusz Kościelny		17. Fundusz Kościelny		18. (p. 16 + p. 17)	

SUMY SKŁADEK	19. Kwota składek na ubezpieczenie chorobowe		20. Kwota składek na ubezpieczenie wypadkowe		21. Suma kwot składek na ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe	
	zł	gr	zł	gr	zł	gr
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:	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 <sup>2)</sup>		32. PFRON <sup>2)</sup>		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		03. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego	
02. Kwota wynagrodzenia należnego płatnikowi od wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego		04. Kwota wypłaconych świadczeń finansowanych z budżetu państwa / FUS <sup>3)</sup>	
05. Łączna kwota do potrącenia (p. 01 + p. 02 + p. 03 + p. 04)			

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

kwota wyliczona dla wynagrodzenia niani w wysokości 2250,00 zł

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

01. Kwota należnych składek finansowana przez płatnika <sup>4)</sup>	<input type="text"/>	zł, gr	05. Kwota należnych składek do przekazania przez płatnika (p. 01 + p. 02)	<input type="text"/>	zł, gr
02. Kwota należnych składek finansowana przez ubezpieczonych	<input type="text"/>	zł, gr	06. Kwota należnego wynagrodzenia dla płatnika <sup>5)</sup>	<input type="text"/>	zł, gr
03. Kwota należnych składek finansowana przez Fundusz Kościelny	<input type="text"/>	zł, gr	07. Kwota do zapłaty (p. 05 – p. 06)	<input type="text"/>	zł, gr
04. Kwota należnych składek finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS	<input type="text"/>	zł, gr		<input type="text"/>	zł, gr

2 0 2 5 0

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

01. Kwota należnych składek na Fundusz Pracy	<input type="text"/>	zł, gr	03. Kwota do zapłaty (p. 01 + p. 02)	<input type="text"/>	zł, gr
02. Kwota należnych składek na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych	<input type="text"/>	zł, gr		<input type="text"/>	zł, gr

**VIII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FUNDUSZ EMERYTUR POMOSTOWYCH**

01. Liczba pracowników, za których jest opłacana składka na Fundusz Emerytur Pomostowych	<input type="text"/>	03. Suma należnych składek na Fundusz Emerytur Pomostowych	<input type="text"/>	zł, gr
02. Liczba stanowisk pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze	<input type="text"/>		<input type="text"/>	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>6)</sup>	<input type="text"/>	zł, gr	02. Kwota do zapłaty	<input type="text"/>	zł, gr
---	----------------------	--------	----------------------	----------------------	--------

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia	<input type="text"/>	06. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe	<input type="checkbox"/>
02. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe	<input type="text"/>	zł, gr	
03. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe	<input type="text"/>	zł, gr	
04. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie wypadkowe	<input type="text"/>	zł, gr	
05. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne	<input type="text"/>	zł, gr	

podaj datę wypełnienia dokumentów rozliczeniowych

**XI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK**

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

1 5 0 2 2 0 1 9

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
<b>jesteś płatnikiem podpis</b>	

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**

<sup>1)</sup> Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.  
<sup>2)</sup> 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.  
<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. W polu można także uwzględnić świadczenia finansowane z budżetu państwa należne za okres do dnia 31 sierpnia 2006 r. w przypadku konieczności złożenia za ten okres korekty dokumentów.  
<sup>4)</sup> W polu tym należy także wykazać kwotę składek finansowanych z budżetu państwa, jeżeli dotację otrzymuje płatnik.  
<sup>5)</sup> Za okres od dnia 1 kwietnia 2003 r. płatnik składek nie ma prawa do wynagrodzenia za rozliczenie składek na ubezpieczenie zdrowotne.  
<sup>6)</sup> Kwota nadpłaty, zgodnie z art. 24 ust. 6a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1778, 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.

podaj ten identyfikator

podaj miesiąc i rok, za który sporządzasz rozliczenie

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRAJKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS RZA	strona: 1	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE
--------------------------------	---------	-----------	--

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr)

4 0 0 1 2 0 1 9

kod identyfikatora, np. P oznacza PESEL

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9

02. Numer REGON

03. Numer PESEL<sup>1)</sup>

9 9 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

PESEL lub inny identyfikator z ZUS ZZA

jestes płatnikiem podaj swoje dane zgodne z ZUS ZFA

imię i nazwisko niani zgodne z

III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

J A N K O W S K A

02. Imię pierwsze

D O M I N I K A

03. Typ 04. Identyfikator

P 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8

III. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia

0 4 3 0 0 0

02. Podstawa wymiaru składki

2 2 5 0 0 0

03. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika<sup>2)</sup>

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

2 0 2 5 0

05. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego

06. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny

kod tytułu ubezpieczenia niani zgodny z ZUS ZZA

wynagrodzenia 2250,00 zł

IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ 04. Identyfikator

IV. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Podstawa wymiaru składki

03. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika<sup>2)</sup>

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

05. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego

06. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny

kwota wyliczona dla wynagrodzenia w wysokości 2250,00 zł

V. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ 04. Identyfikator

V. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Podstawa wymiaru składki

03. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika<sup>2)</sup>

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

05. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego

06. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny

V. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

**VI. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ**

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

**VI. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE**

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Podstawa wymiaru składki

03. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika <sup>1)</sup>

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

05. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego

06. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny

**VII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ**

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

**VII. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE**

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Podstawa wymiaru składki

03. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika <sup>2)</sup>

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

05. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego

06. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny

podaj datę wypełnienia dokumentów rozliczeniowych

**VIII. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK**

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

1 5 0 2 2 0 1 9

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

**IX. ADNOTACJE ZUS**

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

<sup>2)</sup> W polu tym należy także wykazać kwotę składki finansowaną z budżetu państwa, jeśli dotację otrzymuje płatnik.