

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

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

zawsze podaj ten kod

**I. DANE ORGANIZACYJNE**  
01. Termin przysyłania deklaracji i raportów: 3  
02. Identyfikator deklaracji (numer / mm / rrr): 40 01 2019  
03. Data nadania (dd / mm / rrr):  
04. Kategoria „R”:  
05. Znak i numer decyzji pokontrolnej:

jeśli płatnikiem podaj swoje dane zgodne z ZUS ZFA

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

**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, wisać 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

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: %

**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) zł gr

**V. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ PODLEGAJĄCYCH ROZLICZENIU W CIĘŻAR SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE**

01. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego	zł gr	03. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego	zł gr
02. Kwota wynagrodzenia należnego płatnikowi od wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego	zł gr	04. Kwota wypłaconych świadczeń finansowanych z budżetu państwa / FUS <sup>3)</sup>	zł gr
05. Łączna kwota do potrącenia (p. 01 + p. 02 + p. 03 + p. 04)		zł gr	

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

kwota na ubezpieczenie zdrowotne wyliczona od podstawy 100,00 zł (2350,00 - 2250,00) którą musisz pobrać od niani

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

01. Kwota należnych składek finansowana przez płatnika <sup>4)</sup> zł, gr **9 00 0**

02. Kwota należnych składek finansowana przez ubezpieczonych **9 00 0**

03. Kwota należnych składek finansowana przez Fundusz Kościelny zł, gr

04. Kwota należnych składek finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS **2 0 2,5 0**

05. Kwota należnych składek do przekazania przez płatnika (p. 01 + p. 02) **9 00 0**

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

07. Kwota do zapłaty (p. 05 - p. 06) **9 00 0**

kwota wyliczona od minimalnego wynagrodzenia 2250,00 zł, którą sfinansuje budżet państwa

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

01. Kwota należnych składek na Fundusz Pracy 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 **9 00 0**

**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> zł, gr

02. Kwota do zapłaty 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

kwota, którą musisz opłacić za nianię do ZUS za ten miesiąc, w terminie do 15 dnia następnego miesiąca

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 **jesteś płatnikiem podpisz**

03. Pieczęć płatnika

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**

1) Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.  
2) 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 30 czerwca 2008 r.  
3) 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.  
4) W polu tym należy także wykazać kwotę składek finansowanych z budżetu państwa, jeżeli dotację otrzymuje płatnik.  
5) Za okres od dnia 1 kwietnia 2003 r. płatnik składek nie ma prawa do wynagrodzenia za rozliczenie składek na ubezpieczenie zdrowotne.  
6) 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) 40 012019

kod identyfikatora, np. P oznacza PESEL

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek) 9999999999

02. Numer REGON

03. Numer PESEL 9999999999

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

05. Seria i numer dokumentu

PESEL lub inny identyfikator z ZUS ZZA

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko KOWALSKA

08. Imię pierwsze JADWIGA

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

III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko JANKOWSKA

02. Imię pierwsze DOMINIKA

03. Typ 04. Identyfikator P 888888888888

III. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia 04 30 0 0

02. Podstawa wymiaru składki 2 2 5 0 0 0

03. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika

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

IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko JANKOWSKA

02. Imię pierwsze DOMINIKA

03. Typ 04. Identyfikator P 888888888888

IV. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia 04 31 0 0

02. Podstawa wymiaru składki 1 0 0 0 0

03. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika

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

05. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego 9 0 0

06. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny

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

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

jestes płatnikiem podaj swoje dane zgodnie z ZUS ZFA

imię i nazwisko niani zgodnie z ZUS ZZA

kod tytułu ubezpieczenia niani zgodny z ZUS ZZA

kod tytułu ubezpieczenia niani używany tylko w raportach przy rozliczaniu składek od nadwyżki, dwie ostatnie cyfry muszą być zgodne z podanymi w ZUS ZZA

kwota obliczona od nadwyżki 100,00 zł, (2350,00 - 2250,00) finansowaną przez Ciebie jako płatnika

minimalne wynagrodzenie 2250,00 zł

kwota wyliczona od minimalnego wynagrodzenia 2250,00 zł

podstawa składki zdrowotnej 100,00 zł (2350,00 - 2250,00)

**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 PLATNIKA 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. Pieczętka płatnika

**jesteś płatnikiem podpisz**

**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.