

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

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Termin przysyłania deklaracji i raportów

02. Identyfikator deklaracji (numer / mm / rrrr)

03. Data nadania (dd / mm / rrrr)

04. Nalepka „R”

05. Znak i numer decyzji pokontrolnej

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL¹⁾

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

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

III. INNE INFORMACJE

01. Liczba ubezpieczonych

02. Wniosek pracodawcy o dofinansowanie składek za osoby niepełnosprawne ze środków PFRON i budżetu państwa²⁾

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. (p. 01 + p. 02) Suma kwot składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:	04. ubezpieczonych <input type="text"/>	05. ubezpieczonych <input type="text"/>	06. (p. 04 + p. 05) <input type="text"/>
	07. płatnika <input type="text"/>	08. płatnika <input type="text"/>	09. (p. 07 + p. 08) <input type="text"/>
	10. budżet państwa <input type="text"/>	11. budżet państwa <input type="text"/>	12. (p. 10 + p. 11) <input type="text"/>
	13. PFRON ²⁾ <input type="text"/>	14. PFRON ²⁾ <input type="text"/>	15. (p. 13 + p. 14) <input type="text"/>
	16. Fundusz Kościelny <input type="text"/>	17. Fundusz Kościelny <input type="text"/>	18. (p. 16 + p. 17) <input type="text"/>

SUMY SKŁADEK	19. Kwota składek na ubezpieczenie chorobowe	20. Kwota składek na ubezpieczenie wypadkowe	21. (p. 19 + p. 20) Suma kwot składek na ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:	22. ubezpieczonych <input type="text"/>	23. ubezpieczonych <input type="text"/>	24. (p. 22 + p. 23) <input type="text"/>
	25. płatnika <input type="text"/>	26. płatnika <input type="text"/>	27. (p. 25 + p. 26) <input type="text"/>
	28. budżet państwa <input type="text"/>	29. budżet państwa <input type="text"/>	30. (p. 28 + p. 29) <input type="text"/>
	31. PFRON ²⁾ <input type="text"/>	32. PFRON ²⁾ <input type="text"/>	33. (p. 31 + p. 32) <input type="text"/>
	34. Fundusz Kościelny <input type="text"/>	35. Fundusz Kościelny <input type="text"/>	36. (p. 34 + p. 35) <input type="text"/>

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

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

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

VI. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kwota należnych składek finansowana przez płatnika ⁴⁾	<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 ⁵⁾	<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			

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			

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"/>			

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 ⁶⁾	<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	

XI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

Pouczenie: W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. IX.02 lub wpłacania 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.