

podaj ten identyfikator

podaj miesiąc i rok, za który sporządzasz rozliczenie

zawsze podaj ten kod

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

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

I. DANE ORGANIZACYJNE		02. Identyfikator deklaracji (numer / mm / rrr)		05. Znak i numer decyzji pokontrolnej	
01. Termin przysyłania deklaracji i raportów	03. Data nadania (dd / mm / rrr)	40	01	20	17

podaj swoje dane

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK	
01. Numer NIP (wpisać bez kresek)	02. Numer REGON
9999999999999999	
03. Numer PESEL <sup>1)</sup>	04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2
9999999999999999	
06. Nazwa skrócona	
07. Nazwisko	
KOWALSKA	
08. Imię pierwsze	
JADWIGA	
09. Data urodzenia (dd / mm / rrr)	
9999999999	

podaj, jeżeli zatrudniasz tylko nianię

podaj liczbę ubezpieczonych

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	180%

wpisz 0,00zł, gdyż niania nie miała wypłaconego wynagrodzenia

IV. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE ORAZ ŹRÓDEŁ FINANSOWANIA			
	01. Kwota składek na ubezpieczenie emerytalne	02. Kwota składek na ubezpieczenia rentowe	03. Suma kwot składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe (p. 01 + p. 02)
SUMY SKŁADEK	0,00	0,00	0,00
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:			
ubezpieczonych	04. zł, gr	05. zł, gr	06. (p. 04 + p. 05) zł, gr
płatnika	07. zł, gr	08. zł, gr	09. (p. 07 + p. 08) zł, gr
budżet państwa	10. 0,00	11. 0,00	12. (p. 10 + p. 11) 0,00
PFRON <sup>2)</sup>	13. zł, gr	14. zł, gr	15. (p. 13 + p. 14) zł, gr
Fundusz Kościelny	16. zł, gr	17. zł, gr	18. (p. 16 + p. 17) zł, gr

Kwota składek na ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe			
19. Kwota składek na ubezpieczenie chorobowe	20. Kwota składek na ubezpieczenie wypadkowe	21. Suma kwot składek na ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe (p. 19 + p. 20)	
0,00	0,00	0,00	
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:			
ubezpieczonych	22. zł, gr	23. zł, gr	24. (p. 22 + p. 23) 0,00
płatnika	25. zł, gr	26. zł, gr	27. (p. 25 + p. 26) zł, gr
budżet państwa	28. zł, gr	29. 0,00	30. (p. 28 + p. 29) 0,00
PFRON <sup>2)</sup>	31. zł, gr	32. zł, gr	33. (p. 31 + p. 32) zł, gr
Fundusz Kościelny	34. zł, gr	35. zł, gr	36. (p. 34 + p. 35) zł, gr

37. Kwota składek na ubezpieczenia społeczne, które powinien przekazać płatnik (p. 06 + p. 09 + p. 24 + p. 27) 0,00

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 <sup>3)</sup>
	05. Łączna kwota do potrącenia (p. 01 + p. 02 + p. 03 + p. 04)

VI. ROZLICZENIE CZĘŚCI IV I V	
01. Kwota do zwrotu przez ZUS: (p.V. 05 - p.IV. 37)	02. Kwota do zapłaty przez płatnika: (p. IV. 37 - p.V. 05)
	0,00

wpisz 0,00zł (za ten miesiąc nie będziesz opłacał składek na ubezpieczenie społeczne)

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

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

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

wpisz 0,00zł gdyż niania nie miała wypłaconego wynagrodzenia

0,00

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

01. Kwota należnych składek na Fundusz Pracy	zł, gr	03. Kwota do zapłaty (p. 01 + p. 02)	zł, gr
02. Kwota należnych składek na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych	zł, gr		

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

01. Liczba pracowników, za których jest opłacana składka na Fundusz Emerytur Pomostowych		03. Suma należnych składek na Fundusz Emerytur Pomostowych	zł, gr
02. Liczba stanowisk pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze			

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia		06. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe	
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		

podaj datę wypełnienia dokumentów rozliczeniowych

**XI. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK**

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

1 5 0 2 2 0 1 7

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. Pieczęćka płatnika
jesteś płatnikiem podpis	

Pouczenie: W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwot z poz. VI.02, poz. VII.07, poz. VIII.03, poz. IX.03 lub wpłacania ich 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 2014 r. poz. 1619, z późn. zm.).

**XII. ADNOTACJE ZUS**

<sup>1)</sup> Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.  
<sup>2)</sup> 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.  
<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.

podaj ten identyfikator

podaj miesiąc i rok, za który sporządzasz rozliczenie

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRÓTKACH KOMPUSEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE WYUŻYMI Drukowanymi literami / CZARNYM LUB NIE BIEKIM KOLOREM.

ZAWŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH ZUS RSA strona 1 MIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH I PRZERWACH W OPLACANIU SKŁADEK

I. DANE ORGANIZACYJNE  
01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrr) 4 0 0 1 2 0 1 7

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA 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 / rrr) 9 9 9 9 9 9 9 9

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 0 4  
04. Identyfikator P 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8

III. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPLACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ  
01. Kod tytułu ubezpieczenia 0 4 3 0 0 0  
02. Kod świadczenia / przerwy 3 1 4  
03. Od (dd / mm / rrr) 0 1 0 1 2 0 1 7  
04. Do (dd / mm / rrr) 3 1 0 1 2 0 1 7  
05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat  
06. Kwota zł, gr

IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ  
01. Nazwisko  
02. Imię pierwsze  
03. Typ  
04. Identyfikator

IV. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPLACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ  
01. Kod tytułu ubezpieczenia  
02. Kod świadczenia / przerwy  
03. Od (dd / mm / rrr)  
04. Do (dd / mm / rrr)  
05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat  
06. Kwota zł, gr

V. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ  
01. Nazwisko  
02. Imię pierwsze  
03. Typ  
04. Identyfikator

V. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPLACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ  
01. Kod tytułu ubezpieczenia  
02. Kod świadczenia / przerwy  
03. Od (dd / mm / rrr)  
04. Do (dd / mm / rrr)  
05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat  
06. Kwota zł, gr

VI. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ  
01. Nazwisko  
02. Imię pierwsze  
03. Typ  
04. Identyfikator

VI. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPLACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ  
01. Kod tytułu ubezpieczenia  
02. Kod świadczenia / przerwy  
03. Od (dd / mm / rrr)  
04. Do (dd / mm / rrr)  
05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat  
06. Kwota zł, gr

kod identyfikatora, np. P oznacza PESEL

PESEL lub inny identyfikator z ZUS ZUA

podaj swoje dane

imię i nazwisko niani

kod tytułu ubezpieczenia niani z ZUS ZUA

okres nieobecności niani w pracy w tym miesiącu związku z wypadkiem w pracy

podaj ten kod gdy niania pobiera zasiłek chorobowy z ubezpieczenia wypadkowego

pola pozostaw puste, jeżeli zasiłek wypłaca niani ZUS

**VII. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ**

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

01. Nazwisko \_\_\_\_\_

02. Imię pierwsze \_\_\_\_\_ 03. Typ \_\_\_\_\_ 04. Identyfikator \_\_\_\_\_

**VII. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ**

01. Kod tytułu ubezpieczenia \_\_\_\_\_ 02. Kod świadczenia / przerwy \_\_\_\_\_

03. Od (dd / mm / rrrr) \_\_\_\_\_ 04. Do (dd / mm / rrrr) \_\_\_\_\_ 05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat \_\_\_\_\_ 06. Kwota \_\_\_\_\_ zł \_\_\_\_\_ gr

**VIII. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ**

**VIII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ**

01. Nazwisko \_\_\_\_\_

02. Imię pierwsze \_\_\_\_\_ 03. Typ \_\_\_\_\_ 04. Identyfikator \_\_\_\_\_

**VIII. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ**

01. Kod tytułu ubezpieczenia \_\_\_\_\_ 02. Kod świadczenia / przerwy \_\_\_\_\_

03. Od (dd / mm / rrrr) \_\_\_\_\_ 04. Do (dd / mm / rrrr) \_\_\_\_\_ 05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat \_\_\_\_\_ 06. Kwota \_\_\_\_\_ zł \_\_\_\_\_ gr

**IX. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ**

**IX. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ**

01. Nazwisko \_\_\_\_\_

02. Imię pierwsze \_\_\_\_\_ 03. Typ \_\_\_\_\_ 04. Identyfikator \_\_\_\_\_

**IX. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ**

01. Kod tytułu ubezpieczenia \_\_\_\_\_ 02. Kod świadczenia / przerwy \_\_\_\_\_

03. Od (dd / mm / rrrr) \_\_\_\_\_ 04. Do (dd / mm / rrrr) \_\_\_\_\_ 05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat \_\_\_\_\_ 06. Kwota \_\_\_\_\_ zł \_\_\_\_\_ gr

**X. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ**

**X. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ**

01. Nazwisko \_\_\_\_\_

02. Imię pierwsze \_\_\_\_\_ 03. Typ \_\_\_\_\_ 04. Identyfikator \_\_\_\_\_

**X. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ**

01. Kod tytułu ubezpieczenia \_\_\_\_\_ 02. Kod świadczenia / przerwy \_\_\_\_\_

03. Od (dd / mm / rrrr) \_\_\_\_\_ 04. Do (dd / mm / rrrr) \_\_\_\_\_ 05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat \_\_\_\_\_ 06. Kwota \_\_\_\_\_ zł \_\_\_\_\_ gr

**XI. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK**

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr) **15 02 2017**

podaj datę wypełnienia dokumentów rozliczeniowych

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności kamej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęćka płatnika

**jesteś płatnikiem podpis**

**XII. ADNOTACJE ZUS**

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