

podaj ten identyfikator

podaj miesiąc i rok, za który sporządzasz rozliczenie

zawsze podaj ten kod

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

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

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Termin przysyłania deklaracji i raportów: **6**

02. Identyfikator deklaracji (numer / mm / rrrr): **40 012026**

03. Data nadania (dd / mm / rrrr)

04. Małepka „R”

05. Znak i numer decyzji pokontrolnej

podaj swoje dane

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek): **9999999999**

02. Numer REGON

03. Numer PESEL¹⁾: **9999999999**

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

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko: **KOWALSKA**

08. Imię pierwsze: **JADWIGA**

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr): **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 państwa²⁾

03. Stopa procentowa składek na ubezpieczenie wypadkowe: **167%**

podaj, jeżeli zatrudniasz tylko nianię

kwoty wyliczone dla wynagrodzenia niani 1627,84 zł

IV. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE ORAZ ŹRÓDEŁ FINANSOWANIA

SUMY SKŁADEK	01. Kwota składek na ubezpieczenie emerytalne	02. Kwota składek na ubezpieczenie rentowe	03. Suma kwot składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe (p. 01 + p. 02)
	31775	13023	44798
04. ubezpieczonych			
05. ubezpieczonych			
06. (p. 04 + p. 05)			
07. płatnika składek			
08. płatnika składek			
09. (p. 07 + p. 08)			
10. budżet państwa	31775	13023	44798
11. budżet państwa			
12. (p. 10 + p. 11)			
13. PFRON ²⁾			
14. PFRON ²⁾			
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 (p. 19 + p. 20)
	3988	2718	6706
22. ubezpieczonych	3988		
23. ubezpieczonych			
24. (p. 22 + p. 23)			3988
25. płatnika składek			
26. płatnika składek			
27. (p. 25 + p. 26)			
28. budżet państwa			
29. budżet państwa		2718	
30. (p. 28 + p. 29)			2718
31. PFRON ²⁾			
32. PFRON ²⁾			
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 składek (p. 06 + p. 09 + p. 24 + p. 27)			3988

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 składek od wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego		04. Kwota wypłaconych świadczeń finansowanych z FUS ⁴⁾	
05. Łączna kwota do potrącenia (p. 01 + p. 02 + p. 03 + p. 04)			

składka, którą musisz pobrać od niani

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

VI. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kwota należnych składek finansowana przez płatnika składek ⁵⁾		zł	gr
02. Kwota należnych składek finansowana przez ubezpieczonych		zł	gr
03. Kwota należnych składek finansowana przez Fundusz Kościelny		zł	gr
04. Kwota należnych składek finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS	1 4 2 9 2	zł	gr
05. Kwota należnych składek do przekazania przez płatnika składek (p. 01 + p. 02)		zł	gr
06. Kwota należnego wynagrodzenia dla płatnika składek ⁶⁾		zł	gr
07. Kwota do zapłaty (p. 05 – p. 06)		zł	gr

kwota wyliczona od podstawy składki zdrowotnej 1587,96 zł (1627,84 zł – 39,88 zł) którą sfinansuje budżet państwa

VII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FP I FS ORAZ FGŚP

01. Kwota należnych składek na Fundusz Pracy i Fundusz Solidarnościowy ⁷⁾		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	

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 ⁸⁾		zł	gr
02. Kwota do zapłaty	3 9 8 8	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	
03. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe	
04. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie wypadkowe	
05. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne	
06. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe	

składka, którą musisz opłacić za nią do ZUS za ten miesiąc, w terminie do 20 dnia następnego miesiąca

XI. FORMA OPODATKOWANIA OBOWIĄZUJĄCA W DANYM MIESIĄCU ORAZ PRZYCHÓD I DOCHÓD Z DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ DLA CELÓW WYLICZENIA SKŁADKI MIESIĘCZNEJ NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

<input type="checkbox"/> 01. Forma opodatkowania: zasady ogólne – podatek według skali	03. Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne	04. Kwota należnej składki
<input checked="" type="checkbox"/> 02. Kwota dochodu uzyskanego w miesiącu bezpośrednio poprzedzającym miesiąc, za który dokonywane jest rozliczenie		
<input type="checkbox"/> 05. Forma opodatkowania: zasady ogólne – podatek liniowy	07. Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne	08. Kwota należnej składki
<input checked="" type="checkbox"/> 06. Kwota dochodu uzyskanego w miesiącu bezpośrednio poprzedzającym miesiąc, za który dokonywane jest rozliczenie		
<input type="checkbox"/> 09. Forma opodatkowania: karta podatkowa	11. Kwota należnej składki	
<input checked="" type="checkbox"/> 10. Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne		

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 RSA	strona: 1	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH I PRZERWACH W OPŁACANIU SKŁADEK
--------------------------------	---------	-----------	---

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrr)

4 0 0 1 2 0 2 6

kod identyfikatora, np. P oznacza PESEL

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

9 9 9 9 9 9 9 9 9 9

02. Numer REGON

03. Numer PESEL¹⁾

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

KOWALSKA

08. Imię pierwsze

JADWIGA

09. Data urodzenia (dd / mm / rrr)

9 9 9 9 9 9 9 9

PESEL lub inny identyfikator z ZUS ZUA

podaj swoje dane

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

imię i nazwisko niani

01. Nazwisko

JANKOWSKA

02. Imię pierwsze

DOMINIKA

03. Typ 04. Identyfikator

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

kod tytułu ubezpieczenia niani z ZUS ZUA

III. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU 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 3

03. Od (dd / mm / rrr)

0 4 0 1 2 0 2 6

04. Do (dd / mm / rrr)

- 1 3 0 1 2 0 2 6

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kwota zł, gr

podaj okres orzeczonej niezdolności do pracy ze zwolnienia lekarskiego

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

IV. 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 / rrr)

04. Do (dd / mm / rrr)

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kwota zł, gr

podaj ten kod gdy niania pobiera zasiłek chorobowy z ubezpieczenia chorobowego, a kod:
- 321- gdy niania pobiera świadczenie rehabilitacyjne,
- 314 – gdy zasiłek chorobowy jest z ubezpieczenia wypadkowego,
- 322 – gdy świadczenie rehabilitacyjne jest z ubezpieczenia wypadkowego.

IV. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

V. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

V. 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 / 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 OPŁACANIU 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

pola pozostaw puste, jeżeli zasiłek wypłaca niania 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

podaj datę wypełnienia dokumentów rozliczeniowych

XI. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

2 0 0 2 2 0 2 6

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

jestes platinikiem podpisz

XII. ADNOTACJE ZUS

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

05. Forma opodatkowania: zasady ogólne – podatek liniowy

06. Kwota dochodu uzyskanego w miesiącu bezpośrednio poprzedzającym miesiąc, za który dokonywane jest rozliczenie zł gr

07. Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne zł gr

08. Kwota należnej składki zł gr

09. Forma opodatkowania: karta podatkowa

10. Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne zł gr

11. Kwota należnej składki zł gr

12. Forma opodatkowania: ryczałt od przychodów ewidencjonowanych

13. Suma przychodów w bieżącym roku kalendarzowym ⁶⁾ zł gr

14. Deklaracja opłacania składek na podstawie przychodów uzyskanych w poprzednim roku kalendarzowym (zaznacz X, jeśli chcesz ustalać składkę na ubezpieczenie zdrowotne na podstawie przychodów uzyskanych w poprzednim roku kalendarzowym)

15. Kwota przychodów z działalności gospodarczej uzyskanych w ubiegłym roku kalendarzowym ⁷⁾ (podaj w przypadku zaznaczenia p. 14) zł gr

16. Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne zł gr

17. Kwota należnej składki zł gr

18. Bez formy opodatkowania

19. Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne zł gr

20. Kwota należnej składki zł gr

III. F. ROCZNE ROZLICZENIE SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE ⁸⁾

r r r r 01. Rozliczenie składki zdrowotnej za rok

02. Zmiana formy opodatkowania od stycznia 2022 roku ⁹⁾ 03. Zmiana formy opodatkowania od lipca 2022 roku ¹⁰⁾

04. Forma opodatkowania: zasady ogólne – podatek według skali

05. Kwota dochodu osiągniętego z działalności gospodarczej w roku, którego dotyczy roczne rozliczenie zł gr

06. Kwota należnego podatku za rok, za który dokonywane jest roczne rozliczenie ¹¹⁾ zł gr

07. Roczna podstawa wymiaru składki zł gr

08. Roczna składka zł gr

09. Suma miesięcznych należnych składek wynikająca ze złożonych dokumentów za rok, którego dotyczy roczne rozliczenie zł gr

10. Kwota do dopłaty (p. 08 – p. 09) ¹²⁾ zł gr

11. Kwota do zwrotu (p. 09 – p. 08) ¹³⁾ zł gr

12. Forma opodatkowania: zasady ogólne – podatek liniowy

13. Kwota dochodu osiągniętego z działalności gospodarczej w roku, którego dotyczy roczne rozliczenie zł gr

14. Roczna podstawa wymiaru składki zł gr

15. Roczna składka zł gr

16. Suma miesięcznych należnych składek wynikająca ze złożonych dokumentów za rok, którego dotyczy roczne rozliczenie zł gr

17. Kwota do dopłaty (p. 15 – p. 16) ¹²⁾ zł gr

18. Kwota do zwrotu (p. 16 – p. 15) ¹³⁾ zł gr

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS RCA	strona: 3	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY, O NALEŻNYCH SKŁADKACH I WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH
-----------------------------------	---------	-----------	---

19. Forma opodatkowania: ryczałt od przychodów ewidencjonowanych

20. Kwota przychodów osiągniętych z działalności gospodarczej w roku, którego dotyczy roczne rozliczenie

zł	gr
----	----

21. Roczna podstawa wymiaru składki

zł	gr
----	----

22. Roczna składka

zł	gr
----	----

23. Suma miesięcznych należnych składek wynikająca ze złożonych dokumentów za rok, którego dotyczy roczne rozliczenie

zł	gr
----	----

24. Kwota do dopłaty (p. 22 – p. 23) ¹²⁾

zł	gr
----	----

25. Kwota do zwrotu (p. 23 – p. 22) ¹³⁾

zł	gr
----	----

ŁĄCZNA KWOTA DO DOPŁATY ALBO DO ZWROTU Z ROZLICZENIA ROCZNEGO ¹⁴⁾

26. Łączna kwota do dopłaty

zł	gr
----	----

27. Łączna kwota do zwrotu

zł	gr
----	----

podaj datę
wypełnienia
dokumentów
rozliczeniowych

IV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

2 0 0 2 2 0 2 6

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 składek lub osoby upoważnionej

03. Pieczęć płatnika składek

V. ADNOTACJE ZUS

- ¹⁾ Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.
- ²⁾ Pole wypełniasz, tylko gdy korzystasz ze zwolnienia z obowiązku opłacania składek na ubezpieczenie chorobowe, na mocy ustawy z dnia 9 maja 2024 r. o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2024 r. poz. 863).
- ³⁾ 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 raporcie za ten okres, złożonym nie później niż w dniu 30 czerwca 2008 r.
- ⁴⁾ W tym polu należy także wykazać kwotę składki finansowaną z budżetu państwa, jeśli dotację otrzymuje płatnik składek.
- ⁵⁾ 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.
- ⁶⁾ Kwota przychodów osiągniętych od początku roku kalendarzowego do końca miesiąca, za który dokonywane jest rozliczenie.
- ⁷⁾ Kwota rocznych przychodów w rozumieniu art. 81 ust. 2h ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.).
- ⁸⁾ Roczne rozliczenie składki na ubezpieczenie zdrowotne dokonujesz począwszy od 1 maja 2023 r.
- ⁹⁾ Zmiana formy opodatkowania na podstawie art. 14–15 ustawy z dnia 9 czerwca 2022 r. o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2022 r. poz. 1265, z późn. zm.).
- ¹⁰⁾ Zmiana formy opodatkowania na podstawie art. 17 ustawy z dnia 9 czerwca 2022 r. o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz niektórych innych ustaw.
- ¹¹⁾ Pole wypełniasz wyłącznie w sytuacji, gdy w roku, którego dotyczy roczne rozliczenie, stosowałeś obniżenie składki na ubezpieczenie zdrowotne do wysokości zaliczki na podatek zgodnie z art. 82 ust. 10 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- ¹²⁾ Wypełnij, jeśli składka roczna jest większa od sumy miesięcznych należnych składek wynikających ze złożonych dokumentów za rok, którego dotyczy roczne rozliczenie.
- ¹³⁾ Wypełnij, jeśli składka roczna jest mniejsza od sumy miesięcznych należnych składek wynikających ze złożonych dokumentów za rok, którego dotyczy roczne rozliczenie.
- ¹⁴⁾ Podajesz wyłącznie jedną kwotę: do dopłaty (p. 26) albo do zwrotu (p. 27). Jeśli w roku, który rozliczasz, stosowałeś jedną formę opodatkowania, wpisz ustaloną dla niej kwotę dopłaty albo zwrotu. Jeśli stosowałeś kilka form opodatkowania (skala podatkowa, podatek liniowy, ryczałt od przychodów ewidencjonowanych), wpisz ustaloną dla nich różnicę kwot dopłat i zwrotu.