

OGÓLNE ZASADY

WYPEŁNIANIA I KORYGOWANIA DOKUMENTÓW UBEZPIECZENIOWYCH



**Poradnik
dla płatników
składek**



ZAKŁAD
UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

Ogólne zasady wypełniania i korygowania dokumentów ubezpieczeniowych

Poradnik dla płatników składek

WWW.ZUS.PL



Zakład Ubezpieczeń Społecznych
ul. Szamocka 3, 5
01-748 Warszawa

ROZDZIAŁ I

	Zasady składania dokumentów ubezpieczeniowych	6
1.	FORMULARZE UBEZPIECZENIOWE – RODZAJE I STRUKTURA	6
2.	FORMA PRZEKAZYWANIA DOKUMENTÓW UBEZPIECZENIOWYCH DO ZUS	7
3.	DOKUMENTY ZGŁOSZENIOWE	8
3.1.	Zgłoszenie płatnika	8
3.1.1.	Zgłoszenie płatnika składek, który jest przedsiębiorcą	8
3.1.2.	Zgłoszenie płatnika, który rejestruje się w Krajowym Rejestrze Sądowym	9
3.1.3.	Zgłoszenie rodzica jako płatnika składek zgłaszającego nianię	10
3.1.4.	Zgłoszenia płatników składek w sytuacjach szczególnych	11
3.2.	Zgłoszenie do ubezpieczeń	11
3.3.	Wyrejestrowanie z ubezpieczeń	13
3.4.	Wyrejestrowanie płatnika składek	13
4.	ZASADY PODAWANIA WŁAŚCIWEGO ZESTAWU DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH PŁATNIKA SKŁADEK	15
4.1.	Płatnicy składek o strukturze wielooddziałowej	16
4.2.	Współmałżonkowie prowadzący pozarolniczą działalność gospodarczą	16
4.3.	Spółki cywilne	16
4.4.	Osoby fizyczne prowadzące kilka rodzajów działalności gospodarczej	17
4.5.	Wspólnik jednoosobowej spółki z ograniczoną odpowiedzialnością oraz wspólnicy spółki jawnej, komandytowej lub partnerskiej	17
4.6.	Posłowie i senatorowie prowadzący działalność gospodarczą	18
4.7.	Podmiot zagraniczny pełniący rolę płatnika składek	18
5.	DOKUMENTY ROZLICZENIOWE	20
5.1.	Zwolnienie z obowiązku przekazywania dokumentów rozliczeniowych	21
5.2.	Rozpoczynasz/ wznawiasz/ wykreślasz/ zawieszasz prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej	23
5.3.	Terminy składania dokumentów rozliczeniowych	23

ROZDZIAŁ II

	Zasady rozliczania i opłacania składek	24
1.	SKŁADKI NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE I UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE	24
2.	SKŁADKI NA FUNDUSZ PRACY I FUNDUSZ SOLIDARNOŚCIOWY ORAZ FUNDUSZ GWARANTOWANYCH ŚWIADCZEŃ PRACOWNICZYCH	25
3.	SKŁADKI NA FUNDUSZ EMERYTUR POMOSTOWYCH	26
4.	SPOSÓB OPŁACANIA SKŁADEK	26

ROZDZIAŁ III

	Korygowanie dokumentów ubezpieczeniowych	28
1.	DOKUMENTY ZGŁOSZENIOWE	28
1.1.	Dokumenty zgłoszeniowe płatnika składek	28
1.2.	Dokumenty zgłoszeniowe osoby ubezpieczonej	29

2.	DOKUMENTY ROZLICZENIOWE	31
3.	ZGŁOSZENIE/ KOREKTA DANYCH O PRACY W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH LUB O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE	32
4.	KORYGOWANIE DOKUMENTÓW UBEZPIECZENIOWYCH W ZWIĄZKU Z REKLAMACJAMI UBEZPIECZONYCH DOTYCZĄCYMI INFORMACJI O STANIE KONTA W ZUS	33
ROZDZIAŁ IV		
	Przechowywanie akt pracowniczych	34
1.	PRZECHOWYWANIE AKT PRACOWNICZYCH NA DOTYCHCZASOWYCH ZASADACH, CZYLI PRZEZ 50 LAT	34
2.	PRZECHOWYWANIE AKT PRACOWNICZYCH PRZEZ 10 LAT	34
	Okres przechowywania akt pracowniczych	35
3.	DANE W RAPORCIE INFORMACYJNYM (ZUS RIA)	35
4.	DOKUMENTY DLA PRACOWNIKA PO ZŁOŻENIU RAPORTU INFORMACYJNEGO ZUS RIA	36
ROZDZIAŁ V		
	Informacja dla osoby ubezpieczonej	37
ROZDZIAŁ VI		
	Formularze ubezpieczeniowe	38
ROZDZIAŁ VII		
	Kody wykorzystywane przy wypełnianiu dokumentów ubezpieczeniowych	89
	Dwuznakowe symbole literowe państw	102
	Podstawa prawna	103

Jako płatnik składek zgodnie z przepisami ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych jesteś zobowiązany do składania prawidłowo wypełnionych dokumentów ubezpieczeniowych. Są one zapisywane na Twoim koncie płatnika składek i na kontach osób ubezpieczonych, które zgłosiłeś do ubezpieczeń. Zobowiązany jesteś także do zgłaszania wszelkich zmian w danych wykazywanych w dokumentach ubezpieczeniowych, które przekazałeś do nas, oraz korygowania błędnych danych zawartych w tych dokumentach.

Poradnik podzieliliśmy na rozdziały tak, abyś łatwo mógł znaleźć informacje potrzebne przy wypełnianiu obowiązków z tytułu bycia płatnikiem składek, który płaci je zarówno na swoje ubezpieczenia, jak i ubezpieczenia osób, które zatrudnia:

- ➔ w rozdziale pierwszym zawarliśmy podstawowe zasady składania dokumentów ubezpieczeniowych,
- ➔ rozdział drugi przedstawia zasady rozliczania i opłacania składek,
- ➔ rozdział trzeci zawiera zasady korygowania dokumentów ubezpieczeniowych,
- ➔ rozdział czwarty przedstawia informacje o skróceniu okresu przechowywania akt pracowniczych,
- ➔ rozdział piąty wskazuje, jak należy przekazywać informacje osobom ubezpieczonym o rozliczonych składkach,
- ➔ rozdział szósty zawiera wzory formularzy zgłoszeniowych i rozliczeniowych,
- ➔ rozdział siódmy przedstawia kody i symbole literowe państw wykorzystywane przy wypełnianiu dokumentów¹ oraz podstawę prawną.

¹ Wzory formularzy oraz kody wykorzystywane przy ich wypełnianiu zostały opublikowane w odpowiednim rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej (patrz: „Podstawa prawna” na końcu poradnika).

ROZDZIAŁ I

Zasady składania dokumentów ubezpieczeniowych

1. FORMULARZE UBEZPIECZENIOWE – RODZAJE I STRUKTURA

Formularze ubezpieczeniowe dzielimy na dokumenty:

- ➔ zgłoszeniowe – płatnika i osoby ubezpieczonej,
- ➔ rozliczeniowe.

W poniższej tabelce pogrupowaliśmy te formularze według kategorii z podaniem symbolu oraz pełnej nazwy, natomiast ich obowiązujące wzory przedstawiliśmy w rozdziale szóstym.

SYMBOL	NAZWA FORMULARZA
Formularze zgłoszeniowe płatnika składek	
ZUS ZPA	zgłoszenie/ zmiana danych płatnika składek – osoby prawnej lub jednostki organizacyjnej nieposiadającej osobowości prawnej
ZUS ZFA	zgłoszenie/ zmiana danych płatnika składek – osoby fizycznej
ZUS ZIPA	zgłoszenie zmiany danych identyfikacyjnych płatnika składek
ZUS ZWPA	wyrejestrowanie płatnika składek
ZUS ZBA	informacja o numerach rachunków bankowych płatnika składek
ZUS ZAA	adresy prowadzenia działalności gospodarczej przez płatnika składek
Formularze zgłoszeniowe osoby ubezpieczonej	
ZUS ZUA	zgłoszenie do ubezpieczeń/ zgłoszenie zmiany danych osoby ubezpieczonej
ZUS ZCNA	zgłoszenie danych o członkach rodziny dla celów ubezpieczenia zdrowotnego
ZUS ZZA	zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego/ zgłoszenie zmiany danych
ZUS ZIUA	zgłoszenie zmiany danych identyfikacyjnych osoby ubezpieczonej
ZUS ZWUA	wyrejestrowanie z ubezpieczeń
ZUS RIA	raport informacyjny
ZUS ZSWA	zgłoszenie/ korekta danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze
Formularze rozliczeniowe	
ZUS RCA	imienny raport miesięczny o należnych składkach i wypłaconych świadczeniach
ZUS RCA cz. II	imienny raport cz. II dla osoby fizycznej wykonującej działalność gospodarczą na mniejszą skalę, która korzysta z obniżenia składek na ubezpieczenia społeczne
ZUS RZA	imienny raport miesięczny o należnych składkach na ubezpieczenie zdrowotne
ZUS RSA	imienny raport miesięczny o wypłaconych świadczeniach i przerwach w opłaceniu składek
ZUS RPA	imienny raport miesięczny o przychodach ubezpieczonego/ okresach pracy nauczycielskiej
ZUS DRA	deklaracja rozliczeniowa
ZUS DRA cz. II	deklaracja rozliczeniowa cz. II dla osoby fizycznej wykonującej działalność gospodarczą na mniejszą skalę, która korzysta z obniżenia składek na ubezpieczenia społeczne i opłaca składki wyłącznie za siebie
Informacja dla ubezpieczonego	
	informacja miesięczna dla osoby ubezpieczonej
	informacja roczna dla osoby ubezpieczonej
Oświadczenie płatnika	
ZUS OSW	oświadczenie o zamiarze przekazania raportów informacyjnych

Zgłaszasz na nich siebie jako płatnika składek oraz osoby, które zatrudniasz, do ubezpieczeń społecznych lub ubezpieczenia zdrowotnego oraz rozliczasz w nich składki na te ubezpieczenia.

Poniżej przedstawiliśmy strukturę formularza ZUS.

The diagram illustrates the structure of the ZUS form, divided into two main blocks (BLOK I and BLOK II) and several fields (POLE). The form is titled 'ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH ZUS' and 'ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ'. It includes sections for 'I. DANE ORGANIZACYJNE' (Organizational Data) and 'II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK' (Contributor Identification Data). Fields are marked with 'POLE' and include: 01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ (if TAK, enter X), 02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (if -1, CORRECTIVE if -2), 03. Data nadania (dd/mm/rrrr), 01. Numer NIP (without dashes), 03. Numer PESEL²⁾, 04. Numer REGON, 05. Data rozpoczęcia ubezpieczenia (dd/mm/rrrr), 06. Data zakończenia ubezpieczenia (dd/mm/rrrr), 07. Data rozpoczęcia ubezpieczenia (dd/mm/rrrr), 08. Imię pierwsze, and 09. Data urodzenia (dd/mm/rrrr). The form also includes instructions for filling out fields and a note about the use of uppercase letters and black ink.

Szczegółowe zasady wypełniania i korygowania dokumentów ubezpieczeniowych wraz z przykładami omówiliśmy w poradnikach poświęconych poszczególnym dokumentom ubezpieczeniowym. Na początku każdej części krótko omówiliśmy przeznaczenie danego dokumentu: czemu służy dany formularz i kto ma obowiązek go do nas przekazać.

Prawidłowy sposób wypełnienia formularzy opisaliśmy w kolejności występowania niezbędnych danych w formularzu:

- ➔ numeracja rzymska stosowana jest przy blokach danych, np.:
 - „I. DANE ORGANIZACYJNE”,
 - „II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK”,
- ➔ numeracja arabska porządkuje pola, np.:
 - „01. Numer NIP”,
 - „02. Numer REGON”.

Układ treści odzwierciedla strukturę formularza ZUS, kolejność bloków i pól.

2. FORMA PRZEKAZYWANIA DOKUMENTÓW UBEZPIECZENIOWYCH DO ZUS

Jako płatnik składek jesteś zobowiązany przekazywać do ZUS zgłoszenia do ubezpieczeń, imienne raporty miesięczne, deklaracje rozliczeniowe, inne niezbędne dokumenty oraz korekty tych dokumentów. Dokumenty te przekazujesz w formie, która Cię obowiązuje², czyli:

- ➔ jeśli rozliczasz składki za nie więcej niż 5 osób – w wybranej formie, tzn. elektronicznie, przy wykorzystaniu aplikacji ePłatnik udostępnionej na Platformie Usług Elektronicznych bądź z programu Płatnik lub innego oprogramowania interfejsowego, albo w formie papierowej;
- ➔ jeśli rozliczasz składki za więcej niż 5 osób – w formie dokumentu elektronicznego przy wykorzystaniu aplikacji ePłatnik udostępnionej na Platformie Usług Elektronicznych bądź z programu Płatnik lub innego oprogramowania interfejsowego.

Jeśli chcesz korzystać z oprogramowania interfejsowego, to musi być ono zgodne z naszymi wymaganiami i potwierdzone w sposób określony przepisami³.

Z formy papierowej albo wydruku z oprogramowania interfejsowego możesz skorzystać, jeśli rozliczasz składki za nie więcej niż 5 osób. W uzasadnionych przypadkach, na Twój wniosek złożony w naszej placówce, możesz zostać upoważniony jako płatnik składek rozliczający składki za więcej niż 5 osób do przekazywania dokumentów w formie dokumentu pisemnego według ustalonego

² Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych z dnia 13 października 1998 r. (Dz.U. z 2020 r. poz. 266, z późn. zm.).

³ Art. 21 i 22 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz.U. z 2020 r. poz. 346).

wzoru albo w formie wydruku lub przy pomocy nośników elektronicznych w formie dokumentu elektronicznego z oprogramowania interfejsowego.

**WAŻNE**

- Płatnicy składek, którzy składają dokumenty w formie papierowej powinni:
- zapoznać się przed wypełnieniem odpowiednich formularzy z zamieszczonymi w nich informacjami,
 - wypełnić pola formularzy w wyznaczonych kratkach komputerowo lub ręcznie drukowanymi literami, czarnym lub niebieskim kolorem.

3. DOKUMENTY ZGŁOSZENIOWE

3.1. ZGŁOSZENIE PŁATNIKA

Zgłoszeniem płatnika składek jest dokument ZUS ZPA lub ZUS ZFA, który powinien być przekazany do placówki ZUS w ciągu 7 dni od daty:

- zatrudnienia pierwszego pracownika lub powstania stosunku prawnego, który uzasadnia objęcie ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi pierwszej osoby,
- rozpoczęcia działalności dla ubezpieczonych, którzy opłacają składki wyłącznie na własne ubezpieczenia albo składki na ubezpieczenia osób z nimi współpracujących.

**WAŻNE**

Na takich samych zasadach zgłasza się płatników, którzy są zobowiązani do rozliczania i opłacania składek za osoby objęte wyłącznie ubezpieczeniem zdrowotnym.

Szczegółowe zasady wypełniania dokumentów ZUS ZPA i ZUS ZFA znajdziesz w poradnikach [ZUS ZPA. Zgłoszenie/zmiana danych płatnika składek – osoby prawnej lub jednostki organizacyjnej nieposiadającej osobowości prawnej. Jak wypełnić i skorygować](#) [PDF, 9425 kB] oraz [ZUS ZFA. Zgłoszenie/zmiana danych płatnika składek – osoby fizycznej. Jak wypełnić i skorygować](#) [PDF, 8053 kB].

3.1.1. Zgłoszenie płatnika składek, który jest przedsiębiorcą

Jeśli jesteś osobą fizyczną, która rozpoczyna prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej, zgłaszasz siebie jako płatnika składek w formie wniosku o wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG), składanego w organie ewidencyjnym⁴. Wniosek CEIDG-1 składasz elektronicznie lub osobiście w urzędzie gminy lub miasta albo wysyłasz listem poleconym.

Wniosek o wpis do CEIDG jest jednocześnie:

- wnioskiem o wpis do krajowego rejestru urzędowego podmiotów gospodarki narodowej (REGON),
- zgłoszeniem identyfikacyjnym albo aktualizacyjnym, o którym mowa w przepisach o zasadach ewidencji i identyfikacji podatników i płatników,
- zgłoszeniem płatnika składek albo jego zmiany w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych,
- zgłoszeniem oświadczenia o kontynuowaniu ubezpieczenia społecznego rolników w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników.

Organ ewidencyjny przesyła do nas niezwłocznie, nie później niż w ciągu 3 dni od dnia dokonania wpisu, dane z wniosku wraz z kopią zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej.

⁴ Art. 14 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz.U. z 2019 r. poz. 1292, z późn. zm.).

Jeżeli składasz wniosek o wpis do CEIDG i nie masz nadanego numeru NIP, organ ewidencyjny prześle do nas Twoje zgłoszenie jako płatnika składek po otrzymaniu od właściwego naczelnika urzędu skarbowego nadanego Ci numeru NIP i uzupełnieniu wniosku o ten numer.

Na podstawie danych przekazanych z CEIDG sporządzimy za Ciebie dokumenty zgłoszeniowe płatnika składek:

- ➔ zgłoszenie płatnika składek – na formularzu ZUS ZFA,
- ➔ informację o Twoich rachunkach bankowych jako płatnika składek – na formularzu ZUS ZBA,
- ➔ informację dotyczącą adresów prowadzenia przez Ciebie działalności gospodarczej – na formularzu ZUS ZAA.

Nie musisz ich zatem sam sporządzać ani przekazywać do ZUS.



WAŻNE

Możesz skorzystać z tzw. ulgi na start, gdy zarejestrujesz swoją firmę w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG). Ulga ta polega na tym, że jako przedsiębiorca nie będziesz objęty obowiązkowymi ubezpieczeniami społecznymi przez 6 miesięcy. Miesiące te liczymy od dnia, w którym rozpoczniesz działalność gospodarczą. Musisz jednak – od momentu rozpoczęcia prowadzenia działalności – zgłosić się do ubezpieczenia zdrowotnego i opłacać składkę na to ubezpieczenie.

Aby skorzystać z ulgi na start, musisz spełnić dwa warunki:

- ➔ rozpocząć działalność gospodarczą po raz pierwszy albo podjąć ją ponownie po 60 miesiącach od jej ostatniego zawieszenia lub zakończenia,
- ➔ nie wykonywać dla byłego pracodawcy tego, co robiłeś dla niego jako pracownik w tym lub w poprzednim roku kalendarzowym.

Jeśli prowadzisz tzw. działalność nierejestrową (czyli taką, która nie musi być w rejestracji w CEIDG), nie jesteś objęty żadnymi ubezpieczeniami – społecznymi ani zdrowotnym.

3.1.2. Zgłoszenie płatnika, który rejestruje się w Krajowym Rejestrze Sądowym

Jeśli zamierzasz prowadzić:

- ➔ spółkę prawa handlowego,
- ➔ stowarzyszenie,
- ➔ fundację lub
- ➔ inną organizację społeczną albo zawodową rejestrowaną w Krajowym Rejestrze Sądowym (KRS), czyli ogólnopolskim rejestrze prowadzonym przez wydziały gospodarcze sądów rejonowych, musisz wypełnić odpowiedni wniosek rejestrowy w KRS. Wniosek ten składasz we właściwym miejscowo sądzie.

Po wpisaniu Cię do KRS Twoje dane są automatycznie przekazywane z tego rejestru do Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) i Centralnego Rejestru Podmiotów – Krajowej Ewidencji Podatników (CRP KEP), nadawany jest także identyfikator podatkowy NIP oraz numer identyfikacyjny REGON.

Dane z rejestru KRS zostaną także przekazane do nas bez Twojego udziału.

Wniosek o wpis do KRS zawiera „dane podstawowe”. Są to dane o Twojej firmie wpisane do KRS. Na podstawie wpisu będą one automatycznie przekazywane do CRP KEP. Za jego pośrednictwem trafią również do Centralnego Rejestru Płatników Składek prowadzonego przez ZUS.

Po wpisaniu Cię do KRS masz obowiązek w ciągu 7 dni od daty rejestracji złożyć w Urzędzie Skarbowym (US) wniosek NIP-8 *Zgłoszenie w zakresie danych uzupełniających*, w którym podajesz „dane uzupełniające”.

„Dane uzupełniające” są niezbędne dla nas, GUS i US. Są to dane nieujawniane w KRS lub dane, którymi jako przedsiębiorca nie dysponujesz w momencie składania wniosku do tego rejestru.

Wniosek NIP-8 służy do zgłaszania lub aktualizacji danych nieobjętych wpisem do KRS. Podajesz w nim między innymi:

- ➔ skróconą nazwę płatnika składek,
- ➔ datę powstania obowiązku opłacania składek,

- datę wyrejestrowania płatnika składek – w przypadku wyrejestrowania z ubezpieczeń ostatniej osoby, za którą miałeś obowiązek składania dokumentów ubezpieczeniowych,
- wykaz rachunków bankowych,
- adres do korespondencji,
- adres prowadzenia działalności,
- w przypadku osobowych spółek handlowych (jawnej, partnerskiej, komandytowej, komandytowo-akcyjnej) oraz podmiotów, które podlegają wpisowi do rejestru przedsiębiorców na zasadach określonych dla spółek osobowych – dane poszczególnych wspólników, w tym ich numer NIP.

Wniosek NIP-8 składasz we właściwym miejscowo US. Dane z wniosku NIP-8 zostaną automatycznie przekazane do nas.



WAŻNE Nazwa skrócona wykazywana w dokumentach ubezpieczeniowych i dla celów ubezpieczeń nie może przekraczać 31 znaków. Dlatego też we wniosku NIP-8 w bloku B.1 pole 7 należy wpisać ustanowioną nazwę skróconą nie dłuższą niż 31 znaków, którą będziesz się jako płatnik posługiwał w kontaktach z ZUS.

„Dane podstawowe” (KRS) oraz „dane uzupełniające” (US) stanowią komplet danych, na podstawie których utworzymy Ci konto płatnika składek. Służy ono do rozliczania składek na poszczególne ubezpieczenia za Ciebie oraz wszystkich ubezpieczonych, których zgłosisz do ubezpieczeń. Na podstawie otrzymanych danych sporządzimy dokumenty zgłoszeniowe płatnika składek:

- ZUS ZPA – „Zgłoszenie/ zmiana danych płatnika składek – osoby prawnej lub jednostki organizacyjnej nieposiadającej osobowości prawnej”,
- ZUS ZAA – „Adresy prowadzenia działalności gospodarczej przez płatnika składek”,
- ZUS ZBA – „Informacja o numerach rachunków bankowych płatnika składek”.



WAŻNE Sporządzimy dokumenty zgłoszeniowe pod warunkiem, że poprawnie i dokładnie wypełnisz wnioski w KRS, a następnie w US wniosek NIP-8 w ciągu 7 dni od daty rejestracji w KRS. W przypadku gdy wniosek NIP-8 będzie zawierał niepełne bądź błędne dane, przeprowadzimy postępowanie wyjaśniające w Twojej sprawie.

Natomiast jeśli jesteś wspólnikiem spółek: komandytowej, jawnej, partnerskiej lub jednoosobowej spółki z o.o., to zgłaszasz nam siebie jako płatnika składek na własne ubezpieczenia na formularzu ZUS ZFA, z własnymi danymi identyfikacyjnymi: NIP i PESEL⁵. Jeśli musisz zmienić dane identyfikacyjne lub zrobić ich korektę, składasz formularz ZUS ZIPA.

3.1.3. Zgłoszenie rodzica jako płatnika składek zgłaszającego nianię

Jako rodzic, który zatrudnia nianię, zobowiązany jesteś do zgłoszenia się **jako płatnik składek** w naszej placówce lub przestania pocztą zgłoszenia płatnika składek w ciągu 7 dni od daty podpisania umowy uaktywniającej z osobą sprawującą opiekę nad dzieckiem do lat 3.

Zgłoszenia dokonujesz na formularzu ZUS ZFA. W bloku II „Dane identyfikacyjne płatnika składek” podajesz swoje identyfikatory, tj. NIP, PESEL oraz imię i nazwisko, datę urodzenia, z pominięciem nazwy skróconej. Pozostałe bloki, oprócz bloku IV „Podstawa do prowadzenia pozarolniczej działalności”, wypełniasz w całości. W bloku IV wypełniasz tylko pole 05 „Data powstania obowiązku opłacania składek”.



WAŻNE Płatnik, który wcześniej dokonał zgłoszenia na formularzu ZUS ZFA, np. z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej, nie dokonuje ponownego zgłoszenia.

⁵ W związku z obowiązującą od 1 stycznia 2009 r. ustawą z dnia 7 listopada 2008 r. o zmianie ustawy – Ordynacja podatkowa oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2008 r. nr 209, poz. 1318, z późn. zm.).

3.1.4. Zgłoszenia płatników składek w sytuacjach szczególnych

Wyjątkowe uregulowania dotyczą:

- ➔ twórców i artystów, którzy składają formularz ZUS ZFA „Zgłoszenie płatnika składek – osoby fizycznej” w ciągu 7 dni od dnia otrzymania decyzji Komisji do spraw Zaopatrzenia Emerytalnego Twórców, która ustala datę rozpoczęcia wykonywania działalności twórczej lub artystycznej,
- ➔ osób zobowiązanych do opłacania składek wyłącznie na własne ubezpieczenia (z wyjątkiem osób prowadzących pozarolniczą działalność), które zgłaszają płatnika składek, łącznie ze zgłoszeniem do ubezpieczeń, na formularzu ZUS ZUA lub ZUS ZZA.



WAŻNE

Możemy żądać od płatnika składek ponownego złożenia zgłoszenia płatnika składek, jeżeli nie zostało ono zidentyfikowane w naszym systemie informatycznym.

Do dokumentu zgłoszenia płatnika składek – osoby prawnej lub jednostki organizacyjnej nieposiadającej osobowości prawnej (ZUS ZPA) oraz osoby fizycznej (ZUS ZFA) należy dołączyć informację o numerach rachunków bankowych płatnika składek (ZUS ZBA), jeżeli jako płatnik posiadasz więcej niż jeden rachunek bankowy, a także adresy prowadzenia działalności gospodarczej (ZUS ZAA), jeżeli prowadzisz działalność pod innym adresem (lub innymi adresami) niż adres siedziby.

Jeśli jesteś osobą fizyczną, która jest wpisana do CEIDG, i masz rachunki bankowe (rachunek osobisty lub rachunki związane z prowadzoną działalnością), to powinieneś dodatkowo wypełnić część CEIDG-RB wniosku o wpis („Informacja o rachunkach bankowych”). Jeśli jesteś przedsiębiorcą wykonującym działalność gospodarczą w wielu miejscach, koniecznie musisz złożyć część CEIDG-MW („Dodatkowe miejsca wykonywania działalności gospodarczej”) wniosku CEIDG-1.

3.2. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ

Każda osoba objęta obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi lub ubezpieczeniem zdrowotnym musi zgłosić się do ubezpieczeń. Dlatego też jako płatnik składek masz obowiązek zgłosić siebie (jako osobę ubezpieczoną) oraz pozostałe osoby (pracowników, zleceniobiorców, osoby z Tobą współpracujące) w ZUS do odpowiednich ubezpieczeń w ciągu 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczeń, czyli od dnia:

- ➔ rozpoczęcia prowadzenia działalności gospodarczej – siebie,
- ➔ rozpoczęcia współpracy – osoby z Tobą współpracujące,
- ➔ nawiązania stosunku pracy – pracowników,
- ➔ oznaczonego w umowie jako dzień rozpoczęcia jej wykonywania – zleceniobiorców.

Zgłoszenia poszczególnych osób, w tym siebie, do odpowiednich ubezpieczeń dokonujesz:

- ➔ na formularzu ZUS ZUA „Zgłoszenie do ubezpieczeń/ zgłoszenie zmiany danych osoby ubezpieczonej” – jeżeli zgłaszasz osobę do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego lub tylko do ubezpieczeń społecznych,
- ➔ na formularzu ZUS ZZA „Zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego/ zgłoszenie zmiany danych” – jeżeli zgłaszasz osobę wyłącznie do ubezpieczenia zdrowotnego.

Szczegółowe zasady wypełniania dokumentów ZUS ZUA i ZUS ZZA znajdziesz w poradnikach [ZUS ZUA. Zgłoszenie do ubezpieczeń/ zgłoszenie zmiany danych osoby ubezpieczonej. Jak wypełnić i skorygować](#) [PDF, 2400 kB] i [ZUS ZZA. Zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego/ zgłoszenie zmiany danych. Jak wypełnić i skorygować](#) [PDF, 2210 kB].

Pamiętaj również o obowiązku zgłoszenia członków rodziny poszczególnych ubezpieczonych, jeśli zostałeś poinformowany przez ubezpieczonego o konieczności ich zgłoszenia i spełniają oni

warunki określone ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (patrz: „Podstawa prawna” na końcu poradnika).

Członków rodziny ubezpieczonego zgłaszasz na formularzu ZUS ZCNA w ciągu 7 dni od dnia, w którym ubezpieczony poinformował Cię o konieczności ich zgłoszenia.

Szczegółowe zasady wypełniania dokumentu ZUS ZCNA znajdziesz w poradniku [ZUS ZCNA. Zgłoszenie danych o członkach rodziny dla celów ubezpieczenia zdrowotnego. Jak wypełnić i skorygować](#) [PDF, 1877 kB].



WAŻNE

Za członka rodziny – dla celów ubezpieczenia zdrowotnego – uważa się:

- dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej lub rodzinnego domu dziecka, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli uczy się dalej w szkole, zakładzie kształcenia nauczycieli, w uczelni lub szkole doktorskiej do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku,
- małżonka,
- wstępnych (tj. rodziców, dziadków itp.) pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.

Wnuk może zostać zgłoszony do ubezpieczenia zdrowotnego przez dziadków tylko w przypadku, gdy żadne z rodziców nie podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu, nie jest osobą uprawnioną do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji z tytułu wykonywania pracy lub pracy na własny rachunek ani nie podlega ubezpieczeniu dobrowolnemu.

Jeśli rozpoczynasz działalność gospodarczą, możesz zgłosić się do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego podczas składania wniosku o wpis w CEIDG. W ten sposób możesz zgłosić też swoich pracowników oraz członków rodziny (swoich i pracowników) do ubezpieczenia zdrowotnego. Na podstawie danych przekazanych z CEIDG sporządzimy:

- Twoje zgłoszenie lub zgłoszenie osób, które u Ciebie pracują, do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego – na formularzu ZUS ZUA,
- Twoje zgłoszenie lub zgłoszenie osób, które u Ciebie pracują, do ubezpieczenia zdrowotnego – na formularzu ZUS ZZA,
- zgłoszenie członków Twojej rodziny i członków rodzin osób, które u Ciebie pracują, do ubezpieczenia zdrowotnego – na formularzu ZUS ZCNA.

Zgłoszeń dokonamy od dnia rozpoczęcia prowadzenia przez Ciebie działalności gospodarczej.



WAŻNE

Nie musisz sam sporządzać ani przekazywać nam:

- zgłoszenia płatnika składek,
- zgłoszeń do ubezpieczeń – swojego, pracowników i członków rodziny.

Osoby, które obejmowane są ubezpieczeniami społecznymi na zasadach dobrowolności, zgłaszają wnioski o objęcie ubezpieczeniami w terminie przez siebie wybranym.

Jako twórca lub artysta zgłaszasz się do ubezpieczeń społecznych w ciągu 7 dni od dnia otrzymania decyzji Komisji do spraw Zaopatrzenia Emerytalnego Twórców, która ustala datę rozpoczęcia wykonywania działalności twórczej lub artystycznej.

W przekazywanych do ZUS dokumentach zgłoszeniowych ubezpieczonego jako płatnik składek jesteś zobowiązany podawać nadany ubezpieczonemu numer PESEL. Jeśli ubezpieczonemu nie nadano numeru PESEL, podaj serię i numer dowodu osobistego lub paszportu. Seria i numer dowodu osobistego lub paszportu powinny być podawane wyłącznie, gdy ubezpieczonemu nie nadano numeru PESEL.

Numer, z jakim dany ubezpieczony zostanie zgłoszony do ubezpieczeń, powinien być podawany także na przekazywanych za niego imiennych raportach miesięcznych.

WYJĄTKI

→ Pracowników skierowanych do pracy lub służby w przedstawicielstwach dyplomatycznych, urzędach konsularnych, stałych przedstawicielstwach przy ONZ i innych misjach specjalnych za granicą zgłasza się do ubezpieczeń nie później niż w terminie rozliczania i opłacania składek za miesiąc, w którym powstał obowiązek ubezpieczeń.

→ Osoby przebywające na urloпах wychowawczych lub pobierające zasiłek macierzyński albo zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego zgłasza się do ubezpieczeń przez wykazanie ich w imiennym raporcie miesięcznym, składanym do ZUS w terminie przekazywania dokumentów rozliczeniowych.

WAŻNE

Możemy zażądać od Ciebie jako płatnika składek, abyś ponownie zgłosił się do ubezpieczeń, jeżeli Twoje zgłoszenie nie zostało zidentyfikowane w naszym systemie informatycznym.

3.3. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ

Każdą osobę, w stosunku do której wygaś tytuł do ubezpieczeń społecznych, trzeba wyrejestrować z tych ubezpieczeń na formularzu ZUS ZWUA. Zgłoszenie wyrejestrowania z ubezpieczeń jako płatnik składek jesteś zobowiązany złożyć w ciągu 7 dni od daty wygaśnięcia ubezpieczeń.

Wyrejestrowania z ubezpieczeń dokonujesz na formularzu ZUS ZWUA. Informację na ten temat znajdziesz w poradniku [ZUS ZWUA. Wyrejestrowanie z ubezpieczeń. Jak wypełnić i skorygować](#) [PDF, 2407 kB].

Pamiętaj także, że jako płatnik składek, który przestaje wykonywać działalność gospodarczą, masz obowiązek wyrejestrować siebie, osoby zatrudnione i osoby, które z Tobą współpracują, z odpowiednich ubezpieczeń w ciągu 7 dni od daty ustania obowiązku ich ubezpieczeń. Ponadto masz obowiązek wyrejestrować na formularzu ZUS ZCNA członków rodziny zgłoszonych dla celów ubezpieczenia zdrowotnego.

Wyjątkowe uregulowanie dotyczy pracowników skierowanych do pracy lub służby w przedstawicielstwach dyplomatycznych, urzędach konsularnych, stałych przedstawicielstwach przy ONZ i innych misjach specjalnych za granicą. Oni podlegają wyrejestrowaniu z ubezpieczeń w ciągu 30 dni od ustania stosunku pracy.

Możesz wyrejestrować z ubezpieczeń zarówno siebie, jak i zgłoszonych członków Twojej rodziny, zgłoszonych przez Ciebie ubezpieczonych oraz ich członków rodziny za pośrednictwem wniosku o wpis do CEIDG. Na podstawie przekazanych przez Ciebie danych wyrejestrujemy Cię i osoby przez Ciebie zatrudnione z ubezpieczeń na formularzu ZUS ZWUA oraz członków rodziny na formularzu ZUS ZCNA.

3.4. WYREJESTROWANIE PŁATNIKA SKŁADEK

Jeżeli jako płatnik składek zakończyłeś prowadzenie działalności i dokonałeś wszelkich rozliczeń związanych z jej prowadzeniem (m.in. wyrejestrowałeś wszystkich ubezpieczonych oraz członków ich rodzin oraz rozliczyłeś składki), musisz złożyć zgłoszenie wyrejestrowania na druku ZUS ZWPA. Jako datę wyrejestrowania podajesz pierwszy dzień nieprowadzenia działalności. Powinieneś to zrobić w ciągu 7 dni od daty zaprzestania wykonywania działalności.

Jeżeli obowiązek przekazania określonych dokumentów wynika z decyzji ZUS, dokumenty te przekazujesz nie później niż w ciągu 7 dni od uprawomocnienia się decyzji.

Szczegółowe zasady wypełniania dokumentu ZUS ZWPA znajdziesz w poradniku [ZUS ZWPA. Wyrejestrowanie płatnika składek. Jak wypełnić i skorygować](#) [PDF, 2795 kB].



WAŻNE Jeśli jesteś przedsiębiorcą, który prowadzi działalność na podstawie wpisu do CEIDG, i zawieszasz ją lub zaprzestajesz jej wykonywania, to wyrejestrowania płatnika składek dokonujesz na formularzu CEIDG-1 – „Wniosek o wpis do centralnej ewidencji działalności gospodarczej/ Wniosek o wpis informacji o zawieszeniu lub zaprzestaniu prowadzenia działalności gospodarczej”.

Formularz CEIDG-1 składasz w organie ewidencyjnym.

Na podstawie otrzymanego z tego organu wniosku:

- 1) jeśli zawieszysz prowadzenie pozarolniczej działalności:
 - wyrejestrujemy Cię jako płatnika składek na formularzu ZUS ZWPA,
 - wyrejestrujemy Cię z ubezpieczeń na formularzu ZUS ZWUA oraz wyrejestrujemy z ubezpieczeń osoby, które z Tobą współpracowały,
 - wyrejestrujemy członków Twojej rodziny oraz członków rodziny osoby, która z Tobą współpracowała, na formularzu ZUS ZCNA,
- 2) jeśli zaprzestasz prowadzenia pozarolniczej działalności – wyrejestrujemy Cię jako płatnika składek na formularzu ZUS ZWPA.

Zatem nie musisz sam sporządzać tych dokumentów ani przekazywać ich do ZUS.



WAŻNE Jeśli Twoja działalność jest zarejestrowana w KRS, informacje o zawieszeniu lub zaprzestaniu prowadzenia działalności gospodarczej zgłaszasz odpowiednio na wniosku KRS „Zawieszenie lub zaprzestanie wykonywania pozarolniczej działalności”.

Informacje o zaprzestaniu prowadzenia działalności zgłaszasz na wniosku NIP-8 po wyrejestrowaniu z ubezpieczeń ostatniej osoby, za którą miałeś obowiązek składania dokumentów ubezpieczeniowych.

Dane z wypełnionych przez Ciebie wniosków (odpowiednio w KRS lub w US) zostaną przesłane do ZUS.

Na ich podstawie sporządzimy:

- 1) jeśli zawiesiłeś prowadzenie działalności – formularz ZUS ZWPA,
- 2) jeśli zaprzestałeś prowadzenia działalności – formularz ZUS ZWPA z odpowiednim kodem wyrejestrowania opisanym przez Ciebie we wniosku KRS lub wniosku NIP-8.

Pamiętaj, że aby móc zawiesić działalność bądź ją wyrejestrować, musisz również wyrejestrować osoby zatrudnione (w tym siebie) z odpowiednich ubezpieczeń na formularzu ZUS ZWUA, a także członków rodziny osoby ubezpieczonej na formularzu ZUS ZCNA.



WAŻNE Jeśli jesteś współnikiem spółki komandytowej, jawnej, partnerskiej lub jednoosobowej spółki z o.o., jako płatnik składek na własne ubezpieczenia w związku z zawieszeniem lub zamknięciem działalności spółki w Krajowym Rejestrze Sądowym zobowiązany jesteś do złożenia formularza ZUS ZWPA – „Wyrejestrowanie płatnika składek”.

Formularz ZUS ZWPA możesz wypełnić w sądzie rejestrowym, za pośrednictwem którego zostanie on przekazany do naszej placówki właściwej ze względu na adres Twojej siedziby jako płatnika składek.

Możesz ten dokument przekazać samodzielnie (bez pośrednictwa sądu) w formie dokumentu elektronicznego (opatrzonego kwalifikowanym podpisem elektronicznym) albo w formie papierowej osobiście lub pocztą do naszej placówki właściwej ze względu na adres Twojej siedziby jako płatnika składek.

Ponadto masz obowiązek złożyć formularz ZUS ZWUA, którym wyrejestrujesz się z ubezpieczeń, a także formularz ZUS ZCNA wyrejestrowujący zgłoszonych członków Twojej rodziny.

4. ZASADY PODAWANIA WŁAŚCIWEGO ZESTAWU DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH PŁATNIKA SKŁADEK

Na podstawie przekazanego przez Ciebie zgłoszenia płatnika składek, dostarczonego przez organ ewidencyjny wniosku CEIDG-1 lub wniosku o wpis do KRS, zakładamy konto płatnika składek. Rozliczane są na nim składki na poszczególne ubezpieczenia za wszystkich ubezpieczonych, których zgłosiłeś. Podanie prawidłowych danych identyfikacyjnych w zgłoszeniu płatnika składek, a następnie konsekwentne podawanie ich we wszystkich dokumentach ubezpieczeniowych i płatniczych ma istotne znaczenie dla poprawności rozliczenia składek na Twoim koncie. W związku z tym blok II zgłoszenia płatnika składek (odpowiednio ZUS ZPA lub ZUS ZFA) albo dane identyfikacyjne przedsiębiorcy we wniosku CEIDG-1 powinieneś wypełnić szczególnie starannie.

Każdy, kto jest płatnikiem składek na ubezpieczenia społeczne lub ubezpieczenie zdrowotne, objęty jest obowiązkiem ewidencyjnym na zasadach określonych przepisami⁶ i otrzymuje identyfikator NIP.

W zakresie identyfikatorów numerycznych zgłoszenie płatnika składek powinno zawierać:

- ➔ we wniosku CEIDG-1 – numery NIP, REGON i PESEL; jeżeli jako płatnikowi składek nie nadano Ci numerów NIP lub REGON, numery te zostaną nadane odpowiednio przez właściwego naczelnika urzędu skarbowego i właściwy urząd statystyczny; jeśli jako płatnikowi nie nadano Ci również numeru PESEL – podaj serię i numer paszportu,
- ➔ we wniosku o wpis do KRS – NIP, REGON, a jeżeli jako płatnikowi składek nie nadano Ci ich, numery te zostaną nadane przez właściwe organy ewidencyjne – urząd skarbowy i urząd statystyczny,
- ➔ na ZUS ZFA – NIP i REGON, a w razie gdy jako płatnikowi składek nie nadano Ci tych numerów lub jednego z nich – podajesz numer PESEL; jeśli jako płatnikowi nie nadano Ci również numeru PESEL – podajesz serię i numer paszportu; tym samym numer PESEL, seria i numer paszportu powinny być podawane jedynie wówczas, gdy jako płatnik nie posiadasz identyfikatorów NIP i REGON lub jednego z nich,



WAŻNE

W przypadku osób, które prowadzą pozarolniczą działalność gospodarczą i są płatnikami składek wyłącznie na własne ubezpieczenia, w bloku danych identyfikacyjnych płatnika składek w dokumentach zgłoszeniowych płatnika i ubezpieczonego oraz deklaracji rozliczeniowej ZUS DRA należy podawać numery NIP, REGON i PESEL.

Gdy jesteś płatnikiem składek, który opłaca składki wyłącznie na własne ubezpieczenia, i w przekazanym do ZUS zgłoszeniu ZUS ZFA podałeś tylko numery NIP i REGON, natomiast w zgłoszeniu do ubezpieczeń (ZUS ZUA, ZUS ZZA) podałeś jako identyfikatory ubezpieczonego numery NIP i PESEL lub tylko NIP, koniecznie musisz zgłosić zmianę danych identyfikacyjnych płatnika (ZUS ZIPA).

W bloku II „Poprzednie dane identyfikacyjne płatnika składek” podajesz dane identyfikacyjne, z jakimi zostałeś jako płatnik zgłoszony w ZUS ZFA, natomiast w bloku III „Aktualne dane identyfikacyjne płatnika składek” podajesz oprócz dotychczasowych danych identyfikacyjnych dodatkowo numer PESEL.

Jest to konieczne w celu zapewnienia poprawnej identyfikacji przekazywanych przez Ciebie co miesiąc deklaracji rozliczeniowych ZUS DRA.

- ➔ na ZUS ZPA – NIP i REGON (chyba że jako płatnik posiadasz tylko jeden z tych identyfikatorów, np. nie nadano Ci identyfikatora REGON).

⁶ Ustawa z dnia 13 października 1995 r. o zasadach ewidencji i identyfikacji podatników i płatników (Dz.U. z 2020 r. poz. 170).

W dokumentach ubezpieczeniowych podajesz nazwę skróconą płatnika, zgodną z nazwą podaną we wniosku CEIDG-1 lub we wniosku NIP-8 oraz w dokumentach ZUS ZPA i ZUS ZFA. Jeżeli jako płatnik nie masz nazwy skróconej, to jesteś zobligowany do jej utworzenia i konsekwentnego podawania we wszystkich dokumentach przesyłanych do nas. Utworzona nazwa powinna składać się maksymalnie z 31 znaków i nie zawierać znaków innych niż litery i cyfry.

Poniżej przedstawione zostały zasady stosowania identyfikatorów przez płatników składek w sytuacjach szczególnych, w których w praktyce najczęściej występują nieprawidłowości.

4.1. PŁATNICZY SKŁADEK O STRUKTURZE WIELOODDZIAŁOWEJ

Płatnikami składek na ubezpieczenia społeczne są podmioty, które spełniają warunki określone w art. 4 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Płatnikiem składek jest m.in. pracodawca w stosunku do pracowników. Oznacza to, że wyodrębnione jednostki organizacyjne (np. oddziały) osób prawnych będą płatnikami składek w stosunku do osób w nich zatrudnionych, o ile są dla tych osób pracodawcami w rozumieniu Kodeksu pracy.

W takim przypadku dana jednostka (oddział) jako płatnik składek powinna posługiwać się własnym numerem NIP (różnym od numeru jednostki macierzystej lub centrali), 14-znakowym numerem REGON nadanym jej jako jednostce lokalnej oraz nazwą skróconą wskazującą na tę konkretną jednostkę organizacyjną.

Jeżeli natomiast pracodawcą w stosunku do wszystkich pracowników zatrudnianych w poszczególnych jednostkach organizacyjnych danego podmiotu jest centrala, to tylko ona powinna zostać zgłoszona do ZUS jako płatnik składek. W tej sytuacji występowanie w roli płatników składek poszczególnych jednostek organizacyjnych (posługujących się numerem NIP lub REGON jednostki macierzystej) jest nieuprawnione.

4.2. WSPÓŁMAŁŻONKOWIE PROWADZĄCY POZAROLNICZĄ DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ

Małżonkowie, którzy prowadzą wspólnie pozarolniczą działalność gospodarczą, podlegają odrębnemu wpisowi do ewidencji działalności gospodarczej.

Oznacza to, że każde ze współmałżonków powinno dokonać odrębnego zgłoszenia siebie jako płatnika składek na wniosku o wpis do ewidencji CEIDG-1 oraz zgłoszenia do ubezpieczeń na formularzu odpowiednio ZUS ZUA lub ZUS ZZA. Każde z nich musi posłużyć się przy tym własnymi, odrębnymi identyfikatorami NIP i REGON.

Ze względu na to, że małżonkowie występują jako odrębni płatnicy składek, tj. jedno jako płatnik, który opłaca składki za siebie oraz za pracowników, i drugie jako płatnik, który opłaca składki wyłącznie na własne ubezpieczenia, zgłoszenie małżonków jako płatników składek powinno być dokonane w następujący sposób:

- ➔ to z małżonków, które jest płatnikiem składek za siebie i za pracowników, w zgłoszeniu podaje identyfikatory: swój NIP i REGON nadany z tytułu prowadzonej działalności,
- ➔ natomiast to z małżonków, które opłaca składki wyłącznie na własne ubezpieczenia, w zgłoszeniu podaje identyfikatory: swój NIP, REGON nadany z tytułu prowadzonej działalności oraz swój PESEL.

4.3. SPÓŁKI CYWILNE

W przypadku osób, które prowadzą działalność gospodarczą w formie spółki cywilnej, każdy ze współników jest płatnikiem składek na ubezpieczenia społeczne i ubezpieczenie zdrowotne na własne ubezpieczenia.

Spółka pełni natomiast funkcję płatnika składek za osoby świadczące pracę w tej spółce (np. pracowników i zleceniobiorców).

Spółka powinna jako płatnik składek podawać na zgłoszeniu płatnika składek ZUS ZPA następujące dane identyfikacyjne: NIP spółki, REGON spółki, nazwę skróconą spółki.

Każdy ze wspólników, jako przedsiębiorca, zgłasza siebie jako płatnika składek na własne ubezpieczenia w formie wniosku o wpis do CEIDG na formularzu CEIDG-1. Może go złożyć drogą elektroniczną lub osobiście w urzędzie gminy lub miasta bądź wysłać listem poleconym.

Na podstawie danych przekazanych z CEIDG sporządzimy dokumenty zgłoszeniowe płatnika składek. Odpowiednio do zakresu informacji podanych we wniosku CEIDG-1 sporządzimy:

- ➔ zgłoszenie płatnika składek – na formularzu ZUS ZFA,
- ➔ informację o Twoich rachunkach bankowych jako płatnika składek – na formularzu ZUS ZBA,
- ➔ informację o adresach prowadzenia przez Ciebie działalności gospodarczej – na formularzu ZUS ZAA.

Wspólnicy, którzy zgłaszają się odrębnie od spółki jako płatnicy składek, nie mogą postąpić się identyfikatorem NIP lub REGON nadanymi spółce.

4.4. OSOBY FIZYCZNE PROWADZĄCE KILKA RODZAJÓW DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ

Jako osoba fizyczna, która prowadzi pozarolniczą działalność, jesteś płatnikiem składek na własne ubezpieczenia, za osoby, które z Tobą współpracują, oraz za wszystkie zatrudniane przez siebie osoby (pracowników, zleceniobiorców). Gdy prowadzisz kilka rodzajów działalności gospodarczej pod różnymi adresami (tj. posiadasz jednostki lokalne⁷), jesteś płatnikiem składek za wszystkich zatrudnionych w poszczególnych zakładach albo jednostkach lokalnych.

W związku z tym w zgłoszeniu płatnika składek powinieneś podać jako identyfikatory swój NIP i REGON (9-znakowy).

Dokonywanie przez takie osoby odrębnych zgłoszeń płatników składek w celu prowadzenia odrębnych rozliczeń z numerami NIP (tej osoby) i REGON (14-znakowym) jednostek lokalnych jest niepoprawne, gdyż rozliczenie należnych składek za dany miesiąc za siebie i wszystkie zatrudniane osoby powinno być zawarte w jednym komplecie dokumentów rozliczeniowych.

Jeśli prowadzisz kilka rodzajów działalności, podajesz adresy ich prowadzenia (jeśli są inne niż adres siedziby płatnika) w części CEIDG-MW („Dodatkowe miejsca wykonywania działalności gospodarczej”) wniosku CEIDG-1 lub na formularzu ZUS ZAA.

4.5. WSPÓLNIK JEDNOOSOBOWEJ SPÓŁKI Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ ORAZ WSPÓLNICY SPÓŁKI JAWNEJ, KOMANDYTOWEJ LUB PARTNERSKIEJ

Jako wspólnik jednoosobowej spółki z ograniczoną odpowiedzialnością, spółki jawnej, komandytowej lub partnerskiej objęty jesteś ubezpieczeniami społecznymi i ubezpieczeniem zdrowotnym jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność.

W przypadku osób, które prowadzą pozarolniczą działalność jako wspólnicy jednoosobowych spółek z o.o., spółek jawnych, komandytowych lub partnerskich, każdy ze wspólników jest płatnikiem składek na własne ubezpieczenia społeczne i własne ubezpieczenie zdrowotne.

⁷ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 listopada 2015 r. w sprawie sposobu i metodologii prowadzenia i aktualizacji krajowego rejestru urzędowego podmiotów gospodarki narodowej, wzorów wniosków, ankiet i zaświadczeń (Dz.U. z 2015 r. poz. 2009, z późn. zm.).

Każdy ze współników powinien złożyć zgłoszenie płatnika składek ZUS ZFA z własnymi, odrębnymi danymi identyfikacyjnymi: NIP i PESEL lub NIP, REGON i PESEL (jeżeli prowadzi również odrębną działalność gospodarczą inną niż działalność w formie spółki).

4.6. POSŁOWIE I SENATOROWIE PROWADZĄCY DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ

Posłowie i senatorowie w celu obsługi swojej działalności w terenie tworzą biura poselskie, senatorskie lub poselsko-senatorskie⁸.

Prowadzenie biura wiąże się także z obowiązkiem dokonania zgłoszenia w urzędzie statystycznym, gdyż działalność ta podlega wpisowi do rejestru REGON.

Jeśli jesteś posłem albo senatorem, jako płatnik składek zgłaszasz się na dokumencie ZUS ZPA. Jako dane identyfikacyjne podajesz: NIP – osobisty (posła albo senatora), numer REGON biura, nazwę skróconą biura.

W biurach poselskich mogą być zatrudniani np. pracownicy i zleceniobiorcy. Tym samym jako poseł albo senator, który jest pracodawcą w stosunku do osób zatrudnianych w swoim biurze, powinieneś dokonać zgłoszenia płatnika składek z osobistym numerem NIP, numerem REGON i nazwą skróconą biura – na formularzu ZUS ZPA.

Gdy jako poseł albo senator równocześnie prowadzisz działalność gospodarczą lub zatrudniasz inne osoby (np. pomoc domową), dodatkowe zgłoszenie płatnika składek składane na formularzu CEIDG-1 lub ZUS ZFA powinno zawierać: NIP – osobisty (posła albo senatora), REGON – jeżeli został nadany w związku z prowadzoną działalnością, nazwisko i pierwsze imię.

Poprawną formą wypełnienia CEIDG-1 lub ZUS ZFA jest również podanie: numeru NIP – osobistego (posła albo senatora), numeru PESEL, nazwiska i pierwszego imienia.

4.7. PODMIOT ZAGRANICZNY PEŁNIĄCY ROLĘ PŁATNIKA SKŁADEK

Jako pracodawca zagraniczny, jeśli jesteś płatnikiem składek do polskiego systemu ubezpieczeń społecznych, powinieneś uzyskać identyfikator NIP (numer identyfikacji podatkowej). O jego nadanie zwracasz się do naczelnika Drugiego Urzędu Skarbowego Warszawa Śródmieście, ul. Jagiellońska 15, 03-719 Warszawa. Jeżeli jako podmiot zagraniczny zostałeś zarejestrowany w Polsce przez właściwy urząd skarbowy jako podatnik VAT UE, nie występujesz ponownie o nadanie NIP-u, lecz w danych identyfikacyjnych wykazywanych w dokumentach ubezpieczeniowych oraz płatniczych podajesz identyfikator NIP, który służy do rozliczeń podatku VAT, z pominięciem symbolu PL.

Następnie powinieneś zgłosić się do I Oddziału ZUS w Warszawie, ul. Senatorska 6/8, 00-917 Warszawa z kopią decyzji o nadaniu Ci numeru NIP oraz wypełnionym formularzem zgłoszenia płatnika składek:

- ➔ ZUS ZPA – w przypadku pracodawcy zagranicznego, który jest osobą prawną lub jednostką organizacyjną nieposiadającą osobowości prawnej, lub
- ➔ ZUS ZFA – w przypadku pracodawcy zagranicznego, który jest osobą fizyczną prowadzącą działalność na własny rachunek.

Zgłoszenie płatnika składek przekazujesz do nas w ciągu 7 dni od daty zatrudnienia pierwszego pracownika lub powstania stosunku prawnego, który uzasadnia objęcie ubezpieczeniami pierwszej osoby, w formie papierowej – według ustalonego wzoru – lub w formie wydruku z aktualnego programu informatycznego udostępnionego przez nas lub oprogramowania interfejsowego (uwzględnij w programie zastosowanie polskich znaków).

⁸ Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 9 maja 1996 r. o wykonywaniu mandatu posła i senatora (Dz.U. z 2018 r. poz. 1799).

Podanie prawidłowych danych identyfikacyjnych w zgłoszeniu płatnika składek ma istotne znaczenie, dlatego blok II zgłoszenia płatnika składek (odpowiednio ZUS ZFA lub ZUS ZPA) należy wypełnić szczególnie starannie, drukowanymi literami (bez stosowania znaków specjalnych, np. É, Û) i wpisać każdy znak w oddzielnej rubryce.

W zakresie identyfikatorów numerycznych zgłoszenie płatnika składek, który jest pracodawcą zagranicznym, powinno zawierać:

- ➔ na ZUS ZFA – NIP, nazwisko i imię oraz serię i numer paszportu lub innego dokumentu (maksymalnie 9 pierwszych znaków, tj. liter i cyfr bez spacji i znaków interpunkcyjnych), ewentualnie dodatkowo nazwę skróconą;
- ➔ na ZUS ZPA – NIP oraz nazwę skróconą.



WAŻNE

Pracownik, który na podstawie umowy zawartej z pracodawcą zagranicznym przejął obowiązki płatnika składek (czyli na podstawie umowy zawartej z pracodawcą zagranicznym z państwa członkowskiego Unii), obsługiwany jest przez właściwą z uwagi na swoje miejsce zamieszkania [placówkę ZUS](#).

Jeśli jesteś pracownikiem, który pełni obowiązki płatnika składek w imieniu pracodawcy zagranicznego, musisz posiadać NIP. Jako obywatel Polski wykorzystujesz do tego celu osobisty NIP. Natomiast jeśli jesteś obywatelem z państwa Unii Europejskiej, musisz wystąpić o nadanie numeru NIP do naczelnika urzędu skarbowego właściwego ze względu na Twoje miejsce zamieszkania w Polsce. Gdy jesteś osobą fizyczną, która została zarejestrowana w Polsce przez właściwy urząd skarbowy jako podatnik VAT UE, w danych identyfikacyjnych wykazywanych w dokumentach ubezpieczeniowych oraz w dokumentach płatniczych podajesz identyfikator NIP, ale pomijasz symbol PL. Twoim zadaniem jako pracownika, który pełni funkcję płatnika, jest wypełnienie obowiązku zgłoszeniowego. Polega on na zgłoszeniu się do placówki ZUS właściwej ze względu na Twoje miejsce zamieszkania z:

- ➔ kopią zawartej z pracodawcą zagranicznym umowy o przejęciu obowiązków płatnika,
- ➔ kopią decyzji o nadaniu NIP

oraz wypełnieniu dwóch formularzy: ZUS ZUA (lub ZUS ZZA, gdy będziesz objęty tylko ubezpieczeniem zdrowotnym) oraz ZUS ZAA, w których jako dane identyfikacyjne płatnika (blok II) podajesz:

- ➔ jako obywatel polski – NIP, PESEL, nazwisko i imię,
- ➔ jako obywatel państwa Unii Europejskiej – NIP, nazwisko i imię, serię i numer paszportu (wpisz maksymalnie 9 pierwszych cyfr i liter bez spacji oraz znaków interpunkcyjnych).

W bloku III „Dane identyfikacyjne osoby zgłaszanej do ubezpieczeń” tych formularzy wpisujesz numer PESEL, a jeśli nie nadano Ci tego numeru – serię i numer dowodu osobistego albo paszportu, nazwisko, pierwsze imię i datę urodzenia.

Jako obywatel państwa UE możesz również wystąpić z wnioskiem o nadanie numeru PESEL do Departamentu Rozwoju Informatyki i Systemów Rejestrów Państwowych Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, ul. Pawińskiego 17/21, 02-106 Warszawa.

W przypadku uzyskania identyfikatora PESEL konieczne jest dokonanie zmiany zgłoszonych wcześniej danych identyfikacyjnych poprzez złożenie następujących dokumentów:

- ➔ ZUS ZIPA – w celu zgłoszenia zmiany danych identyfikacyjnych płatnika składek,
- ➔ ZUS ZIUA – w celu zgłoszenia zmiany Twoich danych identyfikacyjnych jako osoby ubezpieczonej.

W zgłoszeniu wpisujesz właściwy dla tej grupy ubezpieczonych – płatników składek – kod tytułu ubezpieczenia (blok V): 01 25 xx, 01 26 xx, 04 26 xx, 04 28 xx (patrz: „Rozdział VI. Kody wykorzystywane przy wypełnianiu dokumentów ubezpieczeniowych”).

Na składanym formularzu ZUS ZAA jako pracownik, który pełni obowiązki płatnika, zgłaszasz dodatkowo adres podmiotu zagranicznego, z którym zawarłeś umowę o przejęciu obowiązków płatnika składek.

**WAŻNE**

Gdy przejąłeś obowiązki płatnika zagranicznego i masz już konto w ZUS z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej, w zgłoszeniu ZUS ZUA lub ZUS ZZA z kodem tytułu ubezpieczenia 01 25 xx lub 04 26 xx podajesz w bloku danych identyfikacyjnych płatnika składek takie dane identyfikacyjne płatnika składek, jakie zostały już u nas zapisane na koncie założonym wcześniej z tytułu prowadzenia działalności pozarolniczej.

Podobnie postępujesz, jeśli masz już założone konto z tytułu przejęcia obowiązków płatnika zagranicznego i zgłaszasz się do ZUS z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności. W bloku danych identyfikacyjnych płatnika składek podajesz dane identyfikacyjne płatnika składek, jakie zostały już zapisane na Twoim koncie z tytułu przejęcia obowiązku płatnika zagranicznego.

W obu przypadkach na bieżąco składasz deklaracje rozliczeniowe ZUS DRA SZS z dwóch zakresów (czyli z zakresu 01–39 z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności oraz z zakresu 40–49 z tytułu przejęcia obowiązków płatnika zagranicznego). Tak też powinny być oznaczane odrębnie dokonywane wpłaty (na pokrycie składek z każdego zakresu).

5. DOKUMENTY ROZLICZENIOWE

Komplet dokumentów rozliczeniowych składa się z deklaracji rozliczeniowej ZUS DRA i dołączonych do niej imiennych raportów miesięcznych (odpowiednio ZUS RCA, ZUS RZA, ZUS RSA, ZUS RPA).

**WAŻNE**

Jeśli prowadzisz kilka pozarolniczych działalności gospodarczych, składki za zatrudnionych w nich pracowników rozliczasz w jednym komplecie rozliczeniowym⁹.

Jeśli rozliczasz składki wyłącznie na własne ubezpieczenia, przekazujesz tylko deklarację rozliczeniową ZUS DRA.

Jeśli skorzystasz z małego ZUS+, czyli będziesz opłacał niższe składki na ubezpieczenia społeczne, musisz nam przekazać następujące informacje:

- ➔ przychód i dochód z działalności gospodarczej za ubiegły rok kalendarzowy,
- ➔ formę opodatkowania obowiązującą Cię w poprzednim roku kalendarzowym,
- ➔ podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe na dany rok.

Informacje te podajesz w jednym z formularzy:

- ➔ w imiennym raporcie miesięcznym ZUS RCA cz. II – jeśli rozliczasz składki za siebie i za inne osoby ubezpieczone,
- ➔ w deklaracji rozliczeniowej ZUS DRA cz. II – jeśli rozliczasz składki tylko za siebie.

Dokumenty te składasz wraz z kompletem dokumentów rozliczeniowych za styczeń danego roku lub za pierwszy miesiąc, od którego rozpoczynasz lub wznawiasz działalność gospodarczą.

**WAŻNE**

Rok 2020 jest wyjątkowy, ponieważ jako płatnik możesz złożyć ten dokument dwa razy – za:

- ➔ styczeń 2020 r. na starych zasadach, zgodnie z którymi podstawa zależała od przychodu,
- ➔ okres od lutego do grudnia 2020 r. na nowych zasadach, zgodnie z którymi podstawa zależy od dochodu.

Więcej informacji znajdziesz na naszej stronie w zakładce [\[Firma\]/ \[Przedsiębiorco przeczytaj – ważne\]/ \[Mały ZUS plus\]](#) i w ulotce [Mały ZUS – mała działalność gospodarcza](#) [PDF, 530 kB].

Szczegółowe zasady wypełniania dokumentów rozliczeniowych znajdziesz w poradnikach:

- ➔ [ZUS DRA. Deklaracja rozliczeniowa. Jak wypełnić i skorygować](#) [PDF, 13 213 kB],

⁹ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 18 kwietnia 2008 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu postępowania w sprawach rozliczania składek, do których poboru jest zobowiązany Zakład Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1831).

- ➔ [ZUS DRA cz. II. Deklaracja rozliczeniowa cz. II dla osoby fizycznej wykonującej działalność gospodarczą na mniejszą skalę, która korzysta z obniżenia składek na ubezpieczenia społeczne i opłaca składki wyłącznie za siebie i ZUS RCA cz. II. Imienny raport cz. II dla osoby fizycznej wykonującej działalność gospodarczą na mniejszą skalę, która korzysta z obniżenia składek na ubezpieczenia społeczne. Jak wypełnić i skorygować](#) [PDF, 3718 kB],
- ➔ [ZUS RCA. Imienny raport miesięczny o należnych składkach i wypłaconych świadczeniach. Jak wypełnić i skorygować](#) [PDF, 8762 kB],
- ➔ [ZUS RZA. Imienny raport miesięczny o należnych składkach na ubezpieczenie zdrowotne. Jak wypełnić i skorygować](#) [PDF, 5145 kB],
- ➔ [ZUS RSA. Imienny raport miesięczny o wypłaconych świadczeniach i przerwach w opłacaniu składek. Jak wypełnić i skorygować](#) [PDF, 5437 kB],
- ➔ [ZUS RPA. Imienny raport miesięczny o przychodach ubezpieczonego/ okresach pracy nauczycielskiej. Jak wypełnić i skorygować](#) [PDF, 3317 kB].

5.1. ZWOLNIENIE Z OBOWIĄZKU PRZEKAZYWANIA DOKUMENTÓW ROZLICZENIOWYCH

Jeśli prowadzisz działalność, opłacasz składki wyłącznie za siebie i/ lub osoby z Tobą współpracujące oraz za poprzedni miesiąc kalendarzowy złożyłeś dokumenty rozliczeniowe, w których rozliczyłeś składki za cały miesiąc, a wykazana w nich podstawa wymiaru składek nie jest niższa od minimalnej podstawy ich wymiaru, czyli:

- ➔ 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego przyjętego do ustalenia kwoty ograniczenia rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe na dany rok kalendarzowy,
 - ➔ 30% kwoty minimalnego wynagrodzenia w okresie pierwszych 24 miesięcy kalendarzowych od dnia rozpoczęcia prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej,
- jesteś zwolniony z comiesięcznego obowiązku składania dokumentów rozliczeniowych.

Zwolnienie to dotyczy również miesięcy, w których następuje zmiana wysokości minimalnej podstawy wymiaru składek.

Jeśli prowadzisz działalność, opłacasz składki wyłącznie za siebie i/ lub za osobę współpracującą oraz za poprzedni miesiąc kalendarzowy złożyłeś dokumenty rozliczeniowe z kodem tytułu ubezpieczenia 05 80 xx i 05 81 xx (osoba prowadząca pozarolniczą działalność, której zasiłek macierzyński nie przekracza kwoty świadczenia rodzicielskiego, lub osoba współpracująca z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność, której zasiłek macierzyński nie przekracza kwoty świadczenia rodzicielskiego), w których rozliczyłeś składki na ubezpieczenie zdrowotne za cały miesiąc, a wykazana w nich składka jest równa 0, to będziesz zwolniony z przekazywania dokumentów w okresie, w którym będziesz prowadzić działalność lub współpracować przy jej prowadzeniu i jednocześnie będziesz pobierać zasiłek macierzyński, który nie przekracza kwoty świadczenia rodzicielskiego.

Do grupy płatników zwolnionych z obowiązku składania dokumentów rozliczeniowych zaliczają się także:

- ➔ osoby, które skorzystały z ulgi na start i przystąpiły tylko do ubezpieczenia zdrowotnego (kod tytułu ubezpieczenia 05 40 xx), ale tylko przez 6 miesięcy od dnia, w którym rozpoczęły prowadzenie działalności,
- ➔ osoby, które korzystają z obniżenia składki na ubezpieczenia społeczne, ponieważ osiągają niskie przychody z prowadzenia działalności gospodarczej (kod tytułu ubezpieczenia 05 90 xx i 05 92 xx), jeżeli złożą:
 - ➔ pierwszą deklarację rozliczeniową ZUS DRA/ imienny raport ZUS RCA z podstawą wymiaru składek, ustaloną przez siebie na podstawie przychodu za ubiegły rok,

- kolejną deklarację rozliczeniową ZUS DRA/ imienny raport ZUS RCA w następnym roku kalendarzowym (za styczeń każdego roku) z ustaloną przez siebie podstawą wymiaru składek na podstawie przychodu za rok ubiegły,
- ➔ duchowni, którzy opłacają składki wyłącznie za siebie (kod tytułu ubezpieczenia 10 10 xx i 10 20 xx), jeżeli w ostatniej deklaracji rozliczeniowej zadeklarowali minimalną podstawę wymiaru składek, tj.:
 - na ubezpieczenia społeczne:
 - kwotę minimalnego wynagrodzenia za pracę lub
 - kwotę niższą od minimalnego wynagrodzenia za pracę stanowiącą różnicę pomiędzy kwotą minimalnego wynagrodzenia a podstawą wymiaru składek z równoległego ubezpieczenia z tytułu pracy, członkostwa w spółdzielni lub służby,
 - na ubezpieczenie zdrowotne:
 - kwotę minimalnego wynagrodzenia za pracę lub
 - kwotę niższą od minimalnego wynagrodzenia za pracę, stanowiącą różnicę pomiędzy kwotą minimalnego wynagrodzenia a podstawą wymiaru z równoległego ubezpieczenia z tytułu pracy, członkostwa w spółdzielni lub służby albo
 - kwotę specjalnego zasiłku opiekuńczego;
- ➔ osoby, które zgłosiły się dobrowolnie do ubezpieczeń emerytalnego i rentowych, opłacające składki tylko za siebie, jeżeli w ostatnio złożonej deklaracji rozliczeniowej zadeklarowały do podstawy wymiaru składek na te ubezpieczenia kwotę nie niższą niż kwota minimalnego wynagrodzenia za pracę (kod tytułu ubezpieczenia 19 00 xx).

Osoby, które przystąpiły do dobrowolnych ubezpieczeń emerytalnego i rentowych, są zwolnione z obowiązku składania dokumentów rozliczeniowych za kolejny miesiąc kalendarzowy także wówczas, gdy zmiana w stosunku do miesiąca poprzedniego jest spowodowana wyłącznie zmianą minimalnego wynagrodzenia za pracę.



WAŻNE Gdy jesteś objęty dobrowolnie ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi, a także przystąpiłeś do dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego, składasz za każdy miesiąc dwie deklaracje rozliczeniowe z wykazanymi w polach X.01 odpowiednimi kodami tytułu ubezpieczenia:

- ➔ pierwszą, oznaczoną w polu I.02 identyfikatorem z zakresu 01–39, w której wykazujesz podstawę wymiaru oraz rozliczone składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe,
- ➔ drugą, oznaczoną w polu I.02 identyfikatorem z zakresu 40–49, w której wykazujesz podstawę wymiaru i rozliczoną składkę na ubezpieczenie zdrowotne.

Jeśli złożyłeś deklarację z rozliczeniem składek na dobrowolne ubezpieczenia emerytalne i rentowe oznaczoną identyfikatorem z zakresu 01–39, będziemy za Ciebie tworzyli deklaracje za kolejne miesiące. Drugą deklarację z rozliczeniem składki na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne, oznaczoną identyfikatorem z zakresu 40–49, jesteś zobowiązany w dalszym ciągu przekazywać do nas co miesiąc.

Jeśli jesteś płatnikiem składek – rodzicem, który zatrudnia nianię – możesz być zwolniony z obowiązku comiesięcznego składania dokumentów rozliczeniowych za nianię, jeśli spełnisz łącznie następujące warunki:

- ➔ złożyłeś za poprzedni miesiąc komplet dokumentów rozliczeniowych za nianię z identyfikatorem 40 z rozliczeniem pełnego miesiąca (tj. deklarację rozliczeniową ZUS DRA i imienny raport ZUS RCA albo ZUS RZA z kodem tytułu ubezpieczenia 04 30 xx),
- ➔ w komplecie dokumentów nie występuje raport imienny ZUS RSA,
- ➔ podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne niani nie przekracza wysokości minimalnego wynagrodzenia (dla umów zawartych do 31 grudnia 2017 r.) lub połowy minimalnego wynagrodzenia (dla umów zawartych od 1 stycznia 2018 r.).

Jako płatnik składek możesz być zwolniony z obowiązku składania dokumentów rozliczeniowych zarówno z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej, jak i z tytułu zatrudniania niani lub tylko z jednego z tych tytułów.

Jeśli prowadzisz działalność i płacisz składki na ubezpieczenie zdrowotne z więcej niż jednego źródła przychodu¹⁰, też nie musisz składać dokumentów rozliczeniowych za miesiące, w których następuje zmiana minimalnej podstawy wymiaru składek na to ubezpieczenie, o ile nie zmienia się liczba źródeł przychodu.

5.2. ROZPOCZYNASZ/ WZNAWIASZ/ WYKREŚLASZ/ ZAWIESZASZ PROWADZENIE POZAROLNICZEJ DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ

Jeśli rozpoczynasz lub wznawiasz działalność od pierwszego dnia danego miesiąca, jako płatnik składek złóż za ten miesiąc deklarację rozliczeniową ZUS DRA z pełnymi składkami.

Jeśli rozpoczynasz lub wznawiasz działalność w trakcie miesiąca, składasz za ten miesiąc deklarację rozliczeniową ZUS DRA z pomniejszonymi proporcjonalnie składkami na ubezpieczenia społeczne, Fundusz Pracy i Fundusz Solidarnościowy oraz pełną kwotą składek na ubezpieczenie zdrowotne. Za następny miesiąc natomiast zobowiązany jesteś złożyć deklarację rozliczeniową ZUS DRA z pełnymi składkami.

Na podstawie tak złożonych dokumentów będziemy mogli sporządzać za Ciebie dokumenty rozliczeniowe za następne miesiące.

Jeśli wykreślasz lub zawieszasz działalność w trakcie miesiąca, jako płatnik składek złóż za ten miesiąc deklarację rozliczeniową ZUS DRA.

Jeśli wykreślasz lub zawieszasz działalność od pierwszego dnia następnego miesiąca i jesteś zwolniony ze składania ZUS DRA, sporządzimy za Ciebie dokumenty rozliczeniowe za ostatni miesiąc prowadzonej działalności.

5.3. TERMINY SKŁADANIA DOKUMENTÓW ROZLICZENIOWYCH

Jako płatnik składek przesyłasz – w tym samym terminie – deklarację rozliczeniową, imienne raporty miesięczne oraz opłacasz składki za dany miesiąc nie później niż:

- ➔ do 5 dnia następnego miesiąca – jednostki budżetowe i samorządowe zakłady budżetowe,
- ➔ do 10 dnia następnego miesiąca – osoby fizyczne, które opłacają składkę wyłącznie za siebie,
- ➔ do 15 dnia następnego miesiąca – pozostali płatnicy.



WYJĄTEK

Twórcy i artyści przesyłają dokumenty rozliczeniowe oraz opłacają składki za okres wykonywania działalności twórczej lub artystycznej przed dniem wydania decyzji Komisji do spraw Zaopatrzenia Emerytalnego Twórców, która ustala datę rozpoczęcia wykonywania działalności twórczej lub artystycznej, w terminie opłacania składek za miesiąc, w którym otrzymali decyzję.



WAŻNE

Jeżeli koniec terminu przypada na dzień ustawowo wolny od pracy, za ostatni dzień terminu uważa się najbliższy następny dzień powszedni (roboczy). Należy zaznaczyć, że sobota jest dniem równorzędnym z dniem ustawowo wolnym od pracy¹¹.

¹⁰ Jeśli minimalna podstawa wymiaru składek na to ubezpieczenie jest wielokrotnością kwoty stanowiącej 75% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw, wraz z wypłatami z zysku.

¹¹ Uchwała NSA z dnia 15 czerwca 2011 r., I OPS 1/11.

ROZDZIAŁ II

Zasady rozliczania i opłacania składek

1. SKŁADKI NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE I UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

Składki na ubezpieczenia społeczne wynoszą:

- ➔ na ubezpieczenie emerytalne – 19,52% podstawy wymiaru,
- ➔ na ubezpieczenia rentowe – 8% podstawy wymiaru,
- ➔ na ubezpieczenie chorobowe – 2,45% podstawy wymiaru,
- ➔ na ubezpieczenie wypadkowe – stopa procentowa składki jest zróżnicowana, zgodnie z ustawą o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych oraz odpowiednimi aktami wykonawczymi do tej ustawy (patrz: „Podstawa prawna” na końcu poradnika).

Składka na ubezpieczenie zdrowotne wynosi 9% podstawy wymiaru.



WAŻNE

Zasady ustalania podstaw wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne i ubezpieczenie zdrowotne są odrębnie uregulowane w zależności od posiadanego tytułu do ubezpieczeń. Aktualne informacje w zakresie ustalania [podstawy wymiaru składek](#) w stosunku do osób, które prowadzą pozarolniczą działalność gospodarczą, oraz osób z nimi współpracujących, pracowników czy zleceniobiorców można uzyskać w każdej [placówce ZUS](#) oraz na [naszej stronie](#).

Zasady finansowania składek na poszczególne ubezpieczenia społeczne są następujące:

1. Składkę na ubezpieczenie emerytalne:
 - ➔ Twoją jako osoby, która prowadzi działalność gospodarczą – finansujesz w całości sam jako ubezpieczony,
 - ➔ osób z Tobą współpracujących – finansujesz w całości jako płatnik składek (czyli osoba prowadząca działalność),
 - ➔ Twoich pracowników i zleceniobiorców – finansuje w połowie ubezpieczony, a w połowie finansujesz Ty jako płatnik składek (czyli odpowiednio pracodawca lub zleceniodawca).
2. Składkę na ubezpieczenia rentowe:
 - ➔ Twoją jako osoby, która prowadzi działalność gospodarczą – finansujesz w całości sam jako ubezpieczony,
 - ➔ osób z Tobą współpracujących – finansujesz w całości jako płatnik składek (czyli osoba prowadząca działalność),
 - ➔ Twoich pracowników i zleceniobiorców – finansuje ją ubezpieczony w części 1,5% podstawy wymiaru, a Ty finansujesz ją w części 6,5% podstawy wymiaru jako płatnik składek.
3. Składkę na ubezpieczenie chorobowe:
 - ➔ Twoją jako osoby, która prowadzi działalność gospodarczą – finansujesz w całości sam,
 - ➔ Twoich pracowników i zgłoszonych do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego zleceniobiorców – finansują w całości sami ubezpieczeni,

- ➔ osób z Tobą współpracujących – finansujesz w całości jako płatnik składek (czyli osoba prowadząca pozarolniczą działalność).
- 4. Składkę na ubezpieczenie wypadkowe:
 - ➔ Twoją jako osoby, która prowadzi działalność gospodarczą – finansujesz w całości jako płatnik składek,
 - ➔ osób z Tobą współpracujących oraz Twoich pracowników i zleceniobiorców – finansujesz w całości jako płatnik składek (czyli odpowiednio osoba prowadząca działalność, pracodawca lub zleceniodawca).

2. SKŁADKI NA FUNDUSZ PRACY I FUNDUSZ SOLIDARNOŚCIOWY ORAZ FUNDUSZ GWARANTOWANYCH ŚWIADCZEŃ PRACOWNICZYCH

Jeśli zatrudniasz przy prowadzeniu działalności inne osoby, jesteś zobowiązany do opłacania, oprócz składek na ubezpieczenia społeczne lub ubezpieczenie zdrowotne, także składek:

- 1) na Fundusz Pracy (FP)¹² – za osoby objęte obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnymi i rentowymi (w tym za siebie), dla których podstawa wymiaru składek na te ubezpieczenia, w przeliczeniu na okres miesiąca (łącznie ze wszystkich tytułów, u wszystkich płatników) wynosi co najmniej tyle, ile minimalne wynagrodzenie; od 1 stycznia 2020 r. składka ta wynosi 2,0% podstawy jej wymiaru,
- 2) na Fundusz Solidarnościowy (FS)¹³ – za osoby, za które opłacasz składkę na FP. Składka na FS od 1 stycznia 2020 r. wynosi 0,45% podstawy jej wymiaru, która jest taka sama jak podstawa wymiaru składki na FP,



WAŻNE

Składki na FP i FS obliczasz łączną kwotą w wysokości sumy stóp procentowych tych składek (2,45%) i wykazujesz w deklaracji rozliczeniowej.



WAŻNE

Jeśli jesteś osobą, która prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą, i zatrudniasz wyłącznie osoby na umowę zlecenia, nie masz obowiązku opłacania za nie składek na Fundusz Pracy i Fundusz Solidarnościowy.

- 3) na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych (FGŚP)¹⁴ – za osoby zatrudnione (np. pracowników i zleceniobiorców) objęte obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi, bez względu na wysokość podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe. Składka na FGŚP wynosi 0,10% podstawy jej wymiaru.

Nie opłacasz składek na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych za siebie jako osobę, która prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą, oraz za osoby, które z Tobą współpracują przy jej prowadzeniu (o ile współpraca ta nie odbywa się w ramach umowy o pracę), a także za zatrudnioną przez Ciebie pomoc domową.

Składek na FP, FS i FGŚP nie opłacasz również:

- ➔ za pracowników, którzy wracają z urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopu rodzicielskiego lub urlopu wychowawczego – przez 36 miesięcy od pierwszego miesiąca po powrocie z takiego urlopu,

¹² Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2019 r. poz. 1482, z późn. zm.).

¹³ Ustawa z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz.U. z 2018 r. poz. 2192, z późn. zm.).

¹⁴ Ustawa z dnia 13 lipca 2006 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy (Dz.U. z 2020 r. poz. 7, z późn. zm.).

- ➔ za pracowników, którzy ukończyli 50 lat i w okresie 30 dni przed zatrudnieniem pozostawali w ewidencji bezrobotnych powiatowego urzędu pracy – przez 12 miesięcy od pierwszego miesiąca po zawarciu umowy o pracę,
- ➔ za skierowanych do pracy bezrobotnych, którzy nie ukończyli 30 lat – przez 12 miesięcy od pierwszego miesiąca po zawarciu umowy o pracę,
- ➔ za osoby, które osiągnęły wiek wynoszący co najmniej 55 lat dla kobiet i co najmniej 60 lat dla mężczyzn.


WAŻNE

Szczegółowe zasady opłacania składek na Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych znajdziesz w poradniku [Zasady opłacania składek na Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Emerytur Pomostowych oraz Fundusz Solidarnościowy](#) [PDF, 944 kB].

3. SKŁADKI NA FUNDUSZ EMERYTUR POMOSTOWYCH

Jako osoba, która prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą, masz również obowiązek opłacać składki na Fundusz Emerytur Pomostowych (FEP) za pracowników, którzy spełniają łącznie następujące warunki:

- ➔ urodzili się po 31 grudnia 1948 r.,
- ➔ wykonują prace w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, o których mowa w art. 3 ust. 1 i 3 ustawy o emeryturach pomostowych¹⁵.

Stopa procentowa składki na FEP wynosi 1,5% podstawy wymiaru. Podstawę wymiaru składki na FEP stanowi podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe. Obowiązek opłacania składek na FEP ustaje wskutek osiągnięcia przez ubezpieczonego rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe.

Składkę na FEP rozliczasz w deklaracji rozliczeniowej ZUS DRA (w bloku VIII), w której wykazujesz również liczbę pracowników, za których jest opłacana składka na FEP, oraz liczbę stanowisk pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze.

Musisz także przekazać do ZUS informację o pracowniku, za którego byłeś obowiązany opłacać składki na FEP – zwaną „Zgłoszeniem/ korektą danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze” (na formularzu ZUS ZSWA) do 31 marca danego roku kalendarzowego za poprzedni rok kalendarzowy.

4. SPOSÓB OPŁACANIA SKŁADEK

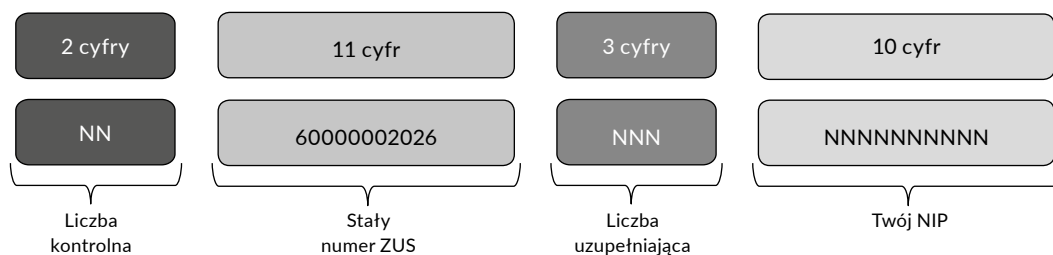
Wszystkie składki opłacasz jednym przelewem na swój numer rachunku składkowego (NRS) nadany Ci przez ZUS. Na przelewie podajesz łączną kwotę składek na:

- ➔ ubezpieczenia społeczne (emerytalne, rentowe, chorobowe, wypadkowe),
- ➔ ubezpieczenie zdrowotne,
- ➔ Fundusz Pracy,
- ➔ Fundusz Solidarnościowy,
- ➔ Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych,
- ➔ Fundusz Emerytur Pomostowych.

NRS zawiera numer ZUS, a także Twój indywidualny, unikalny numer (w tym Twój NIP). Na podstawie tego numeru zapisujemy i rozliczamy wpłaty na Twoim koncie.

¹⁵ Ustawa z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych (Dz.U. z 2018 r. poz. 1924).

Struktura numeru rachunku składkowego



Informację o numerze rachunku składkowego otrzymasz niezwłocznie po założeniu Ci konta płatnika składek. Możesz także sprawdzić NRS w wyszukiwarce, która jest dostępna na stronie www.e-skladka.pl, zadzwonić w tej sprawie do Centrum Obsługi Telefonicznej ZUS (nr tel. 22 560 16 00) lub zgłosić się do naszej placówki.

Składki opłacasz w formie bezgotówkowej, poprzez obciążenie Twojego rachunku bankowego jako płatnika składek. Jako płatnik składek-mikroprzedsiębiorca¹⁶ możesz opłacać należności z tytułu składek również w formie przekazu pocztowego.



WAŻNE

W obrocie bezgotówkowym za termin zapłaty uważa się dzień obciążenia rachunku bankowego płatnika składek.

¹⁶ W rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz.U. z 2019 r. poz. 1292, z późn. zm.).

ROZDZIAŁ III

Korygowanie dokumentów ubezpieczeniowych

Jako płatnik składek zobowiązany jesteś zawiadomić nas o wszelkich zmianach i korektach, jakie nastąpiły w przekazanych do ZUS dokumentach ubezpieczeniowych. Dokumenty w trybie zmiany lub korekty składasz, jeśli stwierdzisz nieprawidłowości we własnym zakresie albo otrzymasz od nas zawiadomienie o stwierdzeniu nieprawidłowości.

Przed sporządzeniem i przekazaniem zmiany lub korekty danych upewnij się, jaki formularz należy zastosować w danym przypadku i jak prawidłowo go wypełnić. Na innych formularzach dokonuje się bowiem zgłoszenia zmiany lub korekty danych identyfikacyjnych, na innych – zmiany lub korekty pozostałych danych (np. ewidencyjnych lub adresowych), a jeszcze na innych – korekty rozliczeń składek. Ponadto inne są formularze oraz zasady w przypadku zgłaszania zmiany lub korekty danych dotyczących płatnika składek, a inne w przypadku zgłaszania zmiany lub korekty danych osoby ubezpieczonej.

Szczegółowe informacje o korygowaniu danych przekazanych do ZUS znajdziesz w poradnikach dla poszczególnych dokumentów ubezpieczeniowych: ZUS ZPA, ZUS ZFA, ZUS ZIPA, ZUS ZAA, ZUS ZBA, ZUS ZWPA, ZUS ZCNA, ZUS ZZA, ZUS ZUA, ZUS ZWUA, ZUS ZIUA, ZUS ZSWA, ZUS OSW, ZUS RIA, ZUS DRA, ZUS RCA, ZUS DRA cz. II, ZUS RCA cz. II, ZUS RPA, ZUS RSA, ZUS RZA [na naszej stronie](#).

Poniżej podajemy ogólne zasady zgłaszania zmiany lub korekty danych w zależności od rodzaju dokumentu.

1. DOKUMENTY ZGŁOSZENIOWE

1.1. DOKUMENTY ZGŁOSZENIOWE PŁATNIKA SKŁADEK

- ➔ Zgłoszenie zmiany lub korekty danych zawartych w dokumencie zgłoszeniowym płatnika składek (ZUS ZPA albo ZUS ZFA) składasz w ciągu 7 dni od zaistnienia zmian bądź stwierdzenia nieprawidłowości.
- ➔ Zmiany lub korekty danych identyfikacyjnych płatnika składek (NIP, REGON, PESEL, nazwa skrócona, nazwisko, pierwsze imię, data urodzenia, seria i numer paszportu) – dokonujesz na formularzu ZUS ZIPA.



WAŻNE

Zmiany i korekty danych płatnika składek, które podlegają wpisowi do ewidencji działalności gospodarczej, należy zgłaszać w formie wniosku CEIDG-1 składanym w organie ewidencyjnym. Tak więc w przypadku zmiany tych danych nie musisz składać w ZUS dokumentu ZUS ZFA w trybie zmiany lub ZUS ZIPA (zgłoszenie zmiany danych identyfikacyjnych płatnika składek). Natomiast musisz pamiętać, że konieczne może okazać się złożenie zmiany Twojego zgłoszenia do ubezpieczeń, jeśli zmieniane dane występują także w zgłoszeniu ZUS ZUA lub ZUS ZZA. Zmiany w zgłoszeniu do ubezpieczeń możesz dokonać w ZUS, jak również w CEIDG (poza zmianą tytułu ubezpieczenia, rodzajów ubezpieczeń oraz terminów ich powstania, które nadal zgłaszasz do ZUS). Zmiana lub korekta danych o numerze rachunku bankowego czy też adresów, które związane są z prowadzeniem działalności, należy zgłosić w CEIDG. Na tej podstawie dokonamy zmiany lub korekty na formularzu ZUS ZBA lub ZUS ZAA.

**WAŻNE**

Jeżeli podlegasz wpisowi albo rejestracji w KRS, aktualizacji danych, zmian i korekt dokonujesz przez wypełnienie odpowiednio:

- wniosku w KRS – gdy dokonujesz zmiany w „danych podstawowych”;
- wniosku NIP-8 – gdy dokonujesz zmiany w „danych uzupełniających”.

Zaktualizowane „dane podstawowe” z KRS oraz „dane uzupełniające” z wniosku NIP-8 przekazywane są do nas. Na podstawie tych danych sporządzimy formularze:

- ZUS ZPA – w zakresie zmiany Twoich danych (ewidencyjnych) jako płatnika składek,
- ZUS ZIPA – w zakresie zmiany Twoich danych identyfikacyjnych jako płatnika składek,
- ZUS ZAA – w zakresie zmiany adresu prowadzenia przez Ciebie działalności gospodarczej,
- ZUS ZBA – w zakresie zmiany Twojego rachunku bankowego jako płatnika składek.

**WAŻNE**

Aby uniknąć w przyszłości problemu, który polega na zmianie nazwy skróconej na Twoim koncie w wyniku składania aktualizacji danych uzupełniających na wniosku NIP-8, za każdym razem we wniosku NIP-8 w bloku B.1 pole 7 wpisuj nazwę skróconą, która jest zapisana u nas na Twoim koncie.

**WAŻNE**

Jeśli opłacasz składki wyłącznie na własne ubezpieczenia i w przekazanym do nas zgłoszeniu ZUS ZFA podałeś tylko numery NIP i REGON, natomiast w zgłoszeniu do ubezpieczeń (ZUS ZUA, ZUS ZZA) podałeś jako identyfikatory ubezpieczonego NIP i PESEL lub tylko NIP, koniecznie musisz dokonać zmiany danych identyfikacyjnych płatnika na dokumencie ZUS ZIPA.

W bloku II „Poprzednie dane identyfikacyjne płatnika składek” wykazujesz dane identyfikacyjne, jakie podałeś w zgłoszeniu ZUS ZFA, natomiast w bloku III „Aktualne dane identyfikacyjne płatnika składek” musisz podać oprócz dotychczasowych danych identyfikacyjnych dodatkowo numer PESEL.

Jest to konieczne w celu zapewnienia poprawnej identyfikacji przekazywanych co miesiąc deklaracji rozliczeniowych ZUS DRA.

1.2. DOKUMENTY ZGŁOSZENIOWE OSOBY UBEZPIECZONEJ

- Zgłoszenia zmiany lub korekty danych osoby ubezpieczonej dokonujesz w ciągu 7 dni od zaistnienia zmian bądź stwierdzenia nieprawidłowości.
- W razie zmiany lub konieczności korekty danych identyfikacyjnych osoby ubezpieczonej (PESEL, nazwisko, pierwsze imię, seria i numer dowodu osobistego lub paszportu, gdy nie nadano ubezpieczonemu numeru PESEL) składasz poprawnie wypełniony formularz ZUS ZIUA (zgłoszenie zmiany danych identyfikacyjnych osoby ubezpieczonej).
- Zgłoszenia zmiany lub korekty pozostałych danych osoby ubezpieczonej dokonujesz odpowiednio na formularzu ZUS ZUA lub ZUS ZZA, z tym że zmiany lub korekty kodu tytułu ubezpieczenia, rodzajów ubezpieczenia lub daty rozpoczęcia podlegania ubezpieczeniom (ubezpieczeniu) dokonujesz poprzez wyrejestrowanie z ubezpieczeń na formularzu ZUS ZWUA, a następnie ponowne prawidłowe zgłoszenie do ubezpieczeń – odpowiednio na formularzu ZUS ZUA lub ZUS ZZA.

**PRZYKŁAD**

1 Zgłosiłeś pracownika do ubezpieczeń na formularzu ZUS ZUA. Wpisałeś błędną datę powstania obowiązku ubezpieczeń. Zamiast 1 września 2019 r. wpisałeś 1 sierpnia 2019 r. Aby skorygować ten błąd, powinieneś wyrejestrować pracownika na formularzu ZUS ZWUA z datą dokonania zgłoszenia, czyli 1 sierpnia 2019 r., a następnie na formularzu ZUS ZUA dokonać prawidłowego zgłoszenia z datą powstania obowiązku ubezpieczeń, czyli 1 września 2019 r.



PRZYKŁAD 2 Zgłosiłeś zleceniobiorcę do ubezpieczeń społecznych: emerytalnego, rentowych i wypadkowego oraz do ubezpieczenia zdrowotnego – na formularzu ZUS ZUA – od 1 czerwca 2019 r. W sierpniu 2019 r. zleceniobiorca złożył wniosek o objęcie go z tego tytułu także ubezpieczeniem chorobowym – od 1 września 2019 r. W związku z tym jako płatnik powinieneś wyrejestrować go na formularzu ZUS ZWUA z dotychczasowych ubezpieczeń (tj. emerytalnego, rentowych, wypadkowego i zdrowotnego) od 1 września 2019 r., a następnie na formularzu ZUS ZUA dokonać zgłoszenia do wszystkich ubezpieczeń – od 1 września 2019 r.

Jeśli jesteś osobą, która prowadzi działalność gospodarczą i opłacasz składki wyłącznie na własne ubezpieczenia, zmianę lub korektę Twoich danych wykazanych w zgłoszeniu do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego oraz w zgłoszeniu członków Twojej rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego możesz zgłosić za pośrednictwem wniosku o wpis do CEIDG. Na podstawie przekazanych przez Ciebie danych sporządzimy odpowiednie dokumenty ubezpieczeniowe. Jedynie gdy zmiana lub korekta dotyczy kodu tytułu ubezpieczenia, rodzajów ubezpieczenia lub daty zgłoszenia do ubezpieczeń, wówczas o zmianach tych musisz powiadomić nas sam poprzez wyrejestrowanie i ponowne zgłoszenie do ubezpieczeń z prawidłowymi danymi.



PRZYKŁAD 3 Prowadzisz działalność gospodarczą, jesteś zgłoszony do ubezpieczeń z kodem 05 70 i opłacasz preferencyjne składki od podstawy wynoszącej 30% minimalnego wynagrodzenia. Prawo do tej ulgi wygasa 30 czerwca 2020 r. Jeśli spełniasz warunki do skorzystania z ulgi mały ZUS+, która umożliwi opłacanie składek na ubezpieczenia społeczne na podstawie Twojego dochodu z roku poprzedniego, i chcesz z niej skorzystać, powinieneś wyrejestrować się z ubezpieczeń na formularzu ZUS ZWUA od 1 lipca 2020 r. Następnie powinieneś zgłosić się do ubezpieczeń od tego dnia na formularzu ZUS ZUA. Jako kod tytułu ubezpieczenia musisz podać kod rozpoczynający się od cyfr 05 90 xx lub 05 92 xx (jeśli masz prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy).



WAŻNE Aby skorzystać z ulgi mały ZUS+, musisz przekazać te dokumenty w terminie 7 dni, od kiedy będziesz spełniał warunki do skorzystania z tej ulgi, tj. nie później niż 8 lipca 2020 r.

Więcej informacji znajdziesz w ulotkach: [Masz wybór: ulga na start, preferencyjne składki, mały ZUS+, działalność nieewidencjonowana](#) [PDF, 482 kB] oraz [Mały ZUS – mała działalność gospodarcza. Niższe składki na ubezpieczenia społeczne](#) [PDF, 530 kB].



WAŻNE Wykonywanie pracy na podstawie każdej umowy zlecenia albo umowy o świadczenie usług jest odrębnym tytułem do ubezpieczeń emerytalnego i rentowych. Dlatego z każdej umowy zleceniobiorca powinien być zgłoszony do ubezpieczeń społecznych, a także ubezpieczenia zdrowotnego bądź wyłącznie do ubezpieczenia zdrowotnego.

W przypadku gdy te umowy są zawarte z tym samym płatnikiem (przedmiot umów jest różny), płatnik z każdej z tych umów powinien zgłosić zleceniobiorcę do ubezpieczeń społecznych lub ubezpieczenia zdrowotnego. W przypadku gdy jedna z tych umów została rozwiązana bądź wygasta wcześniej, płatnik powinien przekazać do ZUS:

- ➔ wyrejestrowanie z ubezpieczeń – na dokumencie ZUS ZWUA,
- ➔ zgłoszenie do ubezpieczeń społecznych i zdrowotnego albo wyłącznie do ubezpieczenia zdrowotnego od tej samej daty co wyrejestrowanie – na dokumencie ZUS ZUA albo ZUS ZZA z tego tytułu (umowy), który nadal trwa (umowa nie została rozwiązana ani nie wygasta).

2. DOKUMENTY ROZLICZENIOWE

1. Jako płatnik składek sporządzasz i przekazujesz dokumenty rozliczeniowe korygujące:
 - ➔ w terminie 7 dni od stwierdzenia nieprawidłowości we własnym zakresie lub od otrzymania od nas zawiadomienia,
 - ➔ nie później niż w ciągu 7 dni od uprawomocnienia się decyzji – jeżeli konieczność korekty danych jest wynikiem stwierdzenia przez nas nieprawidłowości w drodze decyzji,
 - ➔ nie później niż w ciągu 30 dni od otrzymania protokołu kontroli – jeżeli konieczność korekty danych jest wynikiem stwierdzenia przez nas nieprawidłowości w drodze kontroli.
2. Dokumenty rozliczeniowe za dany miesiąc korygujesz, przekazując za ten miesiąc nowy, odpowiedni komplet dokumentów rozliczeniowych z podaniem – w bloku I, w dwóch pierwszych kratkach pola „Identyfikator...” tych dokumentów lub dokumentu – kolejnego numeru za dany miesiąc (np. 02, 03).
3. Komplet dokumentów rozliczeniowych korygujących składa się z:
 - ➔ imiennych raportów miesięcznych korygujących – dotyczących tylko tych ubezpieczonych, za których należało złożyć korekty,
 - ➔ deklaracji rozliczeniowej korygującej, która zawiera rozliczenie za wszystkich ubezpieczonych, za których był obowiązek rozliczenia składek i świadczeń za dany miesiąc.
4. Imienny raport korygujący powinien być oznaczony tym samym numerem (w polu 01 „Identyfikator raportu”) co deklaracja rozliczeniowa korygująca, do której jest dołączony.



PRZYKŁAD 1

Jeżeli w komplecie dokumentów rozliczeniowych oznaczonym numerem identyfikatora 01 złożyłeś deklarację rozliczeniową oraz imienne raporty miesięczne za 5 ubezpieczonych i chcesz skorygować imienne raporty miesięczne za 2 ubezpieczonych, to w komplecie dokumentów korygujących oznaczonym numerem identyfikatora 02 składasz deklarację rozliczeniową, w której rozliczasz składki za wszystkich 5 ubezpieczonych, i dołączasz do niej imienne raporty miesięczne korygujące za 2 ubezpieczonych.



PRZYKŁAD 2

Przekazałeś do ZUS komplet dokumentów rozliczeniowych (deklaracja rozliczeniowa + imienne raporty miesięczne) oznaczony numerem identyfikatora 01. Po pewnym czasie stwierdziłeś, że błędnie wyliczyłeś składkę na Fundusz Pracy, w związku z czym jesteś zobowiązany przekazać deklarację rozliczeniową korygującą, którą oznaczasz numerem identyfikatora 02. Następnie okazało się, że popełniłeś błędy w imiennych raportach miesięcznych, co oznacza, że musisz skorygować imienne raporty miesięczne oraz deklarację rozliczeniową.

Zarówno deklaracja rozliczeniowa korygująca, jak i imienne raporty miesięczne korygujące (niezależnie od tego, że jest to pierwsza korekta imiennych raportów miesięcznych) będą oznaczone numerem identyfikatora 03.



WAŻNE

Jako płatnik składek nie korygujesz danych wykazanych w imiennych raportach miesięcznych ZUS RCA albo ZUS RZA w przypadku stwierdzenia we własnym zakresie lub przez nas różnicy w podstawie wymiaru składek w wysokości nieprzekraczającej 2,20 zł. Nie dotyczy to jednak sytuacji, gdy podstawę wymiaru składek stanowi zadeklarowana kwota.



WAŻNE

Imiennych raportów miesięcznych korygujących nie składasz, gdy korekta dotyczy wyłącznie danych wykazanych w deklaracji rozliczeniowej.

Możemy korygować błędy w deklaracji rozliczeniowej i imiennych raportach miesięcznych, które uznamy za możliwe do poprawienia we własnym zakresie. W razie stwierdzenia rozbieżności między kwotą podstawy wymiaru składek i kwotą składek za prawidłową przyjmujemy podstawę wymiaru składek.

Ewidencjonujemy dane na koncie ubezpieczonego i dokonujemy rozliczenia na Twoim koncie jako płatnika składek na podstawie skorygowanych przez nas dokumentów rozliczeniowych.

Jeżeli nie zgadzasz się ze sporządzoną przez nas korektą, w ciągu 14 dni od otrzymania zawiadomienia powinieneś złożyć deklarację rozliczeniową i imienne raporty miesięczne korygujące nadesłane przez nas dokumenty, chyba że dane wynikają z prawomocnej decyzji lub z prawomocnego wyroku sądu.

3. ZGŁOSZENIE/ KOREKTA DANYCH O PRACY W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH LUB O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE

Jako płatnik składek musisz prowadzić m.in. ewidencję pracowników, którzy wykonują pracę w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, za których jest przewidziany obowiązek opłacania składek na Fundusz Emerytur Pomostowych¹⁷.

Informacje, które dotyczą pracowników umieszczonych w ewidencji, jako płatnik składek masz obowiązek przekazywać do nas w zgłoszeniu danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze za dany rok kalendarzowy do 31 marca następnego roku kalendarzowego (na formularzu ZUS ZSWA). Natomiast informacje o liczbie stanowisk pracy w szczególnych warunkach i o szczególnym charakterze przekazujesz do nas w deklaracji rozliczeniowej (ZUS DRA).

WYJĄTKI

- ➔ Jeśli pracownik wystąpi z wnioskiem o przyznanie emerytury pomostowej, składasz do nas zgłoszenie danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze w danym roku kalendarzowym w ciągu 7 dni od dnia zgłoszenia wniosku, a jeśli zgłoszenie za poprzedni rok kalendarzowy nie zostało jeszcze złożone, przekazujesz do nas w tym terminie także zgłoszenie za poprzedni rok kalendarzowy.
- ➔ W przypadku upadłości lub likwidacji zgłoszenia danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze w danym roku kalendarzowym przekazujesz do nas nie później niż w dniu przekazania dokumentu wyrejestrowania płatnika składek, a jeśli upadłość lub likwidacja płatnika składek nastąpiła przed przekazaniem zgłoszeń danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze za poprzedni rok kalendarzowy, w ciągu 7 dni przekazujesz do nas także zgłoszenia za poprzedni rok kalendarzowy.

Jeśli nieprawidłowości w danych podanych w zgłoszeniu zostały stwierdzone przez:

- ➔ Ciebie jako płatnika składek,
- ➔ ZUS,
- ➔ właściwy organ Państwowej Inspekcji Pracy

przekazujesz do nas korygujące zgłoszenie danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze w formie nowego zgłoszenia, które będzie zawierało wszystkie prawidłowe dane. Korektę zgłoszenia przekazujesz w ciągu 7 dni od dnia stwierdzenia nieprawidłowości we własnym zakresie lub otrzymania od nas lub organu Państwowej Inspekcji Pracy zawiadomienia o stwierdzeniu nieprawidłowości.

Jeżeli konieczność korekty danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze jest wynikiem stwierdzenia nieprawidłowości przez nas w drodze:

¹⁷ Ustawa o emeryturach pomostowych (patrz: „Podstawa prawna” na końcu poradnika).

- ➔ decyzji – korygujące zgłoszenie powinno być złożone nie później niż w ciągu 7 dni od uprawomocnienia się decyzji,
- ➔ kontroli – korygujące zgłoszenie powinno być złożone nie później niż w ciągu 30 dni od dnia otrzymania protokołu kontroli.

Zgłoszenie danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze i korygujące zgłoszenie przekazujesz w takiej samej formie, jaka obowiązuje Cię jako płatnika składek w odniesieniu do innych dokumentów zgłoszeniowych ubezpieczonego.

4. KORYGOWANIE DOKUMENTÓW UBEZPIECZENIOWYCH W ZWIĄZKU Z REKLAMACJAMI UBEZPIECZONYCH DOTYCZĄCYMI INFORMACJI O STANIE KONTA W ZUS

Jeżeli po otrzymaniu informacji o stanie indywidualnego konta w ZUS ubezpieczony stwierdzi, że na jego koncie nie zostały zapisane wszystkie należne składki na ubezpieczenie emerytalne lub zostały zapisane w niewłaściwej wysokości, obowiązuje niżej opisany tryb:

- ➔ ubezpieczony zgłasza Tobie jako płatnikowi składek, na piśmie lub do protokołu, wniosek o sprostowanie danych przekazanych do ZUS w dokumentach ubezpieczeniowych,
- ➔ jako płatnik składek informujesz ubezpieczonego na piśmie o sposobie rozpatrzenia wniosku o sprostowanie danych – w ciągu 60 dni od dnia jego otrzymania,
- ➔ w przypadku uwzględnienia wniosku o sprostowanie danych korygujesz błędny lub uzupełniasz brakujący dokument ubezpieczeniowy – w ciągu 30 dni od dnia przekazania ubezpieczonemu informacji o sposobie rozpatrzenia jego wniosku,
- ➔ gdy nie uwzględniasz wniosku o sprostowanie danych, ubezpieczony składa w placówce ZUS właściwej według jego miejsca zamieszkania wniosek o przeprowadzenie postępowania wyjaśniającego, do którego dołącza:
 - ➔ dokumenty, które potwierdzą wysokość podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie emerytalne,
 - ➔ kopię otrzymanej od Ciebie jako płatnika składek informacji o sposobie rozpatrzenia wniosku o sprostowanie danych, z której wynika, że nie uwzględniłeś wniosku ubezpieczonego i nie będziesz korygował danych
 albo
 - ➔ oświadczenie, że jako płatnik składek odmówiłeś wydania wyżej wymienionych dokumentów lub że płatnik składek już nie istnieje,
- ➔ jeżeli w wyniku postępowania wyjaśniającego prowadzonego przez nas okaże się, że przyczyną niezapisania na koncie ubezpieczonego wszystkich należnych składek na ubezpieczenie emerytalne lub zapisania ich w niewłaściwej wysokości są błędy w dokumentach ubezpieczeniowych, składasz jako płatnik składek korygujące lub brakujące dokumenty – w terminie 30 dni od:
 - ➔ otrzymania od nas zawiadomienia o stwierdzonych w wyniku przeprowadzonego postępowania wyjaśniającego nieprawidłowościach w dokumentach,
 - ➔ uprawomocnienia się decyzji – jeżeli stwierdzenie nieprawidłowości następuje w drodze decyzji,
 - ➔ otrzymania protokołu kontroli – jeżeli stwierdzenie nieprawidłowości nastąpiło w drodze kontroli.

ROZDZIAŁ IV

Przechowywanie akt pracowniczych

Od 1 stycznia 2019 r. możesz przechowywać dokumenty pracownicze krócej: przez 10 lat od końca roku kalendarzowego, w którym stosunek pracy został rozwiązany lub wygaś, albo jak dotychczas: przez 50 lat. Zależy to od tego, kiedy zatrudniłeś pracownika.

1. PRZECHOWYWANIE AKT PRACOWNICZYCH NA DOTYCHCZASOWYCH ZASADACH, CZYLI PRZEZ 50 LAT

Te przepisy nie dotyczą wszystkich pracowników. Nie możesz skrócić okresu przechowywania akt pracowniczych, czyli musisz je przechowywać przez 50 lat, jeśli masz pracowników:

- ➔ którzy zaczęli pracować w Twojej firmie przed 1 stycznia 1999 r.,
- ➔ których dokumentacja pracownicza zawiera dane o okresach:
 - pracy górniczej,
 - pracy równorzędnej z pracą górniczą,
 - zaliczanych do pracy górniczej.

W dotychczasowy sposób potwierdzasz te dane pracownikom, którzy ubiegają się o emeryturę.

2. PRZECHOWYWANIE AKT PRACOWNICZYCH PRZEZ 10 LAT

Od 1 stycznia 2019 r. uległ skróceniu z 50 do 10 lat czas przechowywania:

- ➔ dokumentacji związanej ze stosunkiem pracy,
- ➔ akt pracowniczych.

Dotyczy to nowo zatrudnianych pracowników – po 2018 r. – na etat i na umowę zlecenie.

Możesz także obniżyć koszty przechowywania dokumentacji pracowniczej i skorzystać ze skróconego okresu jej przechowywania, za pracowników, których zatrudniłeś między 1 stycznia 1999 r. a 31 grudnia 2018 r., jeśli spełnisz dodatkowe warunki, czyli przekażesz nam:

- ➔ oświadczenie o zamiarze przekazania raportów informacyjnych (ZUS OSW),
- ➔ raport informacyjny (ZUS RIA).

**WAŻNE**

Sam decydujesz, przez jak długi czas będziesz przechowywać dokumentację pracowniczą (10 czy 50 lat) pracowników zatrudnionych między 1 stycznia 1999 r. a 31 grudnia 2018 r.

**WAŻNE**

10-letni okres przechowywania akt liczy się od końca roku kalendarzowego, w którym ustał stosunek pracy lub zakończyła się umowa zlecenia. 10-letni okres przechowywania akt pracowników zatrudnionych między 1 stycznia 1999 r. a 31 grudnia 2018 r., za których złożysz raporty informacyjne, liczy się od końca roku kalendarzowego, w którym został złożony ten raport.

OKRES PRZECHOWYWANIA AKT PRACOWNICZYCH

50 LAT	Pracownik zatrudniony przed 1 stycznia 1999 r.
10 LUB 50 LAT	Pracownik zatrudniony po raz pierwszy między 1 stycznia 1999 r. a 31 grudnia 2018 r. 10 lat, jeżeli złożysz ZUS OSW i raport ZUS RIA. Jeżeli nie złożysz tych formularzy, wówczas 50 lat
10 LAT	Pracownik zatrudniony od 1 stycznia 2019 r.

Jeśli chcesz skrócić okres przechowywania akt pracowniczych, musisz przekazać do nas oświadczenie o zamiarze przekazania raportów informacyjnych (ZUS OSW). Oświadczasz w tym dokumencie, że przekażesz raporty informacyjne (ZUS RIA) za wszystkich ubezpieczonych zatrudnionych od 1 stycznia 1999 r. do 31 grudnia 2018 r.

Oświadczenie (ZUS OSW) możesz złożyć w wybranym przez siebie terminie. Możesz wycofać ten dokument, jeśli już go złożyłeś, pod warunkiem że nie złożyłeś jeszcze pierwszego raportu informacyjnego (ZUS RIA). Jeśli wycofasz oświadczenie, nie możesz skorzystać ze skróconego okresu przechowywania akt. Oznacza to, że musisz je przechowywać przez 50 lat.



WAŻNE

To, czy złożysz oświadczenie o zamiarze przekazania raportów informacyjnych, jest dobrowolną decyzją, którą możesz podjąć w dowolnym czasie.

Gdy złożysz oświadczenie (ZUS OSW), masz obowiązek przekazać nam raport informacyjny (ZUS RIA). Masz na to 12 miesięcy od dnia, w którym złożyłeś dokument ZUS OSW. Raport składasz za każdego pracownika zatrudnionego od 1 stycznia 1999 r. do 31 grudnia 2018 r. Dane z tego dokumentu zapiszemy na koncie ubezpieczonego (Twojego pracownika).

Raport (ZUS RIA) przekazujesz wraz z dokumentem wyrejestrowania z ubezpieczeń (ZUS ZWUA) za pracowników:

- ➔ z którymi po 31 grudnia 2018 r. rozwiążesz stosunek pracy,
- ➔ którym po 31 grudnia 2018 r. zakończy się umowa o świadczenie usług, np. umowa zlecenia.

3. DANE W RAPORCIE INFORMACYJNYM (ZUS RIA)

W raporcie informacyjnym ZUS RIA wykaż:

- ➔ wypłacony przychód niezbędny do ustalenia podstawy wymiaru emerytury, której wysokość obliczamy według dotychczasowych zasad, lub renty – za lata kalendarzowe przypadające między 1 stycznia 1999 r. a 31 grudnia 2018 r.,
- ➔ okresy wykonywania pracy nauczycielskiej w określonym czasie obowiązkowego wymiaru zajęć – między 1 stycznia 1999 r. a 31 grudnia 2018 r.,
- ➔ okresy wykonywania i wymiaru czasu pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze (prace wymienione w starych wykazach) – między 1 stycznia 1999 r. a 31 grudnia 2008 r.,
- ➔ okresy wykonywania i wymiaru czasu pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze (prace wymienione w nowych wykazach) – między 1 stycznia 1999 r. a 31 grudnia 2008 r.,

- ➔ datę i tryb rozwiązania ostatniego stosunku pracy, podstawę prawną rozwiązania lub wygaśnięcia ostatniego stosunku pracy lub stosunku służbowego oraz informację, z czyjej inicjatywy stosunek pracy został rozwiązany,
- ➔ informację, czy w okresie zatrudnienia na kolei pracownikowi przysługiwał deputat węglowy albo ekwiwalent pieniężny za deputat węglowy.



WAŻNE W raporcie informacyjnym (ZUS RIA) nie przekazujesz danych o każdym wypłaconym przychodzie. Przekazujesz informacje o tym przychodzie, który został wypłacony w innym roku niż rok kalendarzowy, za który jest należny. Będzie to np. wynagrodzenie za pracę wypłacone w styczniu danego roku za grudzień poprzedniego roku lub nagroda roczna (tzw. trzynastka) wypłacona w danym roku za poprzedni rok.

Te dodatkowe dane – oraz dane zgromadzone już na koncie ubezpieczonego – pozwolą nam ustalić podstawę wymiaru świadczenia. Zrobimy to na podstawie obowiązujących regulacji prawnych, zgodnie z którymi przy ustalaniu łącznej kwoty przychodu za poszczególne lata kalendarzowe dany przychód doliczamy do roku, za który był należny.

Wykaż w raporcie informacyjnym (ZUS RIA) tylko te dane, które odnoszą się do sytuacji konkretnej osoby. Zależą one bowiem od tego, czy podstawą świadczenia pracy była umowa o pracę, czy umowa o świadczenie usług (np. umowa zlecenia).

4. DOKUMENTY DLA PRACOWNIKA PO ZŁOŻENIU RAPORTU INFORMACYJNEGO ZUS RIA

Masz obowiązek przekazać zwolnionemu pracownikowi:

- ➔ kopię przekazanego do ZUS raportu informacyjnego (ZUS RIA), aby mógł zweryfikować zawarte w nim informacje (powinieneś to zrobić po przekazaniu nam raportu),
- ➔ dowody potwierdzające wykonywanie przez niego w okresie od 1 stycznia 1999 r. do 31 grudnia 2008 r. pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze – wymienionej w starych wykazach (powinieneś je przekazać ubezpieczonemu wraz z wyrejestrowaniem z ubezpieczeń społecznych),
- ➔ dowody potwierdzające wykonywanie w okresie od 1 stycznia 1999 r. do 31 grudnia 2008 r. pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze – wymienionej w nowych wykazach (powinieneś je przekazać ubezpieczonemu wraz z wyrejestrowaniem z ubezpieczeń społecznych).

Dodatkowo poinformuj pracownika o:

- ➔ skróconym okresie przechowywania jego dokumentacji pracowniczej,
- ➔ prawie do odebrania dokumentacji pracowniczej i terminie jej odbioru,
- ➔ prawie do kopii dokumentacji pracowniczej.

Pracownikowi zatrudnionemu na umowę o świadczenie usług (np. umowę zlecenia, umowę agencyjną) przekazaj:

- ➔ kopię przekazanego nam raportu informacyjnego ZUS RIA, aby mógł zweryfikować zawarte w nim informacje,
- ➔ informację o skróconym okresie przechowywania dokumentacji dotyczącej umowy,
- ➔ informację o prawie do odebrania tej dokumentacji i terminie jej odbioru.

Więcej informacji znajdziesz w broszurze [Skracamy? Tak, z 50 do 10 lat. Zmiany w zasadach przechowywania akt pracowniczych. Informacja dla pracodawców](#) [PDF, 1788 kB].

ROZDZIAŁ V

Informacja dla osoby ubezpieczonej

Jako płatnik składek przekazujesz ubezpieczonemu (na piśmie lub – za jego zgodą – w formie dokumentu elektronicznego) informacje zawarte w raportach imiennych przekazanych za niego do ZUS w celu ich weryfikacji.

Informacje te możesz przekazywać na formularzu „Informacja miesięczna dla osoby ubezpieczonej” oraz „Informacja roczna dla osoby ubezpieczonej” lub w innej formie, jeżeli będzie spełniała wymogi określone przepisami¹⁸.

Informacja powinna zawierać także symbol wojewódzkiego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia, datę jej sporządzenia oraz dla potwierdzenia wiarygodności danych Twój podpis jako płatnika składek lub podpis osoby, którą upoważniłeś.

Nie masz obowiązku co miesiąc przekazywać swoim pracownikom informacji miesięcznej. Jest ona doręczana ubezpieczonemu jedynie na jego żądanie.

Jesteś także zwolniony z obowiązku przekazywania ubezpieczonemu informacji miesięcznej lub rocznej dla osoby ubezpieczonej o składce zdrowotnej w przypadku pobierania wyłącznie składek na to ubezpieczenie. Jednakże na żądanie ubezpieczonego będziesz zobowiązany przekazać informację miesięczną, nie częściej niż raz na miesiąc, za miesiąc poprzedni, bez obowiązku przekazywania informacji rocznej.

Informacji miesięcznej lub rocznej dla osoby ubezpieczonej nie przekazuje się w przypadku pobierania składek z emerytur i rent¹⁹.

Szczegółowe informacje, jak wypełnić formularze „Informacja miesięczna...” oraz „Informacja roczna” znajdziesz w poradniku [Informacja miesięczna i informacja roczna dla osoby ubezpieczonej. Jak wypełnić i skorygować](#) [PDF, 7017 kB].

¹⁸ Art. 41 ust. 8 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych (patrz: „Podstawa prawna” na końcu poradnika).

¹⁹ Ustawa z dnia 7 listopada 2014 r. o ułatwieniu wykonywania działalności gospodarczej (Dz.U. z 2014 r. poz. 1662, z późn. zm.).

ROZDZIAŁ VI

Formularze ubezpieczeniowe

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZPA	strona: 1	ZGŁOSZENIE / ZMIANA DANYCH PLATNIKA SKŁADEK - OSOBY PRAWNEJ LUB JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ NIEPOSIADAJĄCEJ OSOBOWOŚCI PRAWNEJ
-----------------------------------	---------	-----------	--

I. DANE ORGANIZACYJNE

<input type="checkbox"/> 01. ZGŁOSZENIE PLATNIKA SKŁADEK (wisać X)	<input type="checkbox"/> 02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wisać - 1) / KOREKTY (wisać - 2) DANYCH PLATNIKA SKŁADEK (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych) ¹⁾
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)	04. Nalepka „R”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wisać bez kresek)	02. Numer REGON
03. Nazwa skrócona	

III. DANE EWIDENCYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Nazwa / Firma (zgodnie z aktem prawnym konstytuującym podmiot)	
02. Czy płatnik jest jednostką budżetową w rozumieniu ustawy z dnia 30.06.2005 r. o finansach publicznych? Jeśli TAK, wisać X.	
03. Czy płatnik jest zakładem budżetowym lub gospodarstwem pomocniczym w rozumieniu ustawy z dnia 30.06.2005 r. o finansach publicznych? Jeśli TAK, wisać X.	
04. Nazwa organu założycielskiego	
05. Czy płatnik podlega wpisowi do rejestru / ewidencji? Jeśli TAK, wisać X.	06. Data wpisu do rejestru / ewidencji (dd / mm / rrrr)
07. Numer wpisu do rejestru / ewidencji	
08. Nazwa organu rejestrowego / ewidencyjnego	
09. Data powstania obowiązku opłacania składek (dd / mm / rrrr)	

IV. DANE O RACHUNKU BANKOWYM PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer rachunku
<input type="checkbox"/> 02. Czy płatnik posiada inne rachunki bankowe? Jeśli TAK, wisać X i wypełnić formularz ZUS ZBA.

V. ADRES SIEDZIBY PLATNIKA SKŁADEK

01. Kod pocztowy	02. Miejscowość
03. Gmina / Dzielnica	
04. Ulica	
05. Numer domu	06. Numer lokalu
07. Numer telefonu	08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)
09. Adres poczty elektronicznej	
<input type="checkbox"/> 10. Czy adres prowadzenia działalności gospodarczej jest inny niż adres siedziby płatnika składek? Jeśli TAK, wisać X i wypełnić formularz ZUS ZAA	

VI. ADRES DO KORESPONDENCJI PLATNIKA SKŁADEK (wisać, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres siedziby płatnika składek)

01. Kod pocztowy	02. Miejscowość	
03. Ulica		
04. Numer domu	05. Numer lokalu	06. Numer telefonu do teletransmisji
07. Skrytka pocztowa	08. Numer telefonu	09. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)
10. Adres poczty elektronicznej		

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

ZUS

ZPA

strona: 2

**ZGŁOSZENIE / ZMIANA DANYCH PLATNIKA SKŁADEK - OSOBY PRAWNEJ
LUB JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ NIEPOSIADAJĄCEJ OSOBOWOŚCI PRAWNEJ**

VII. DANE O BIURZE RACHUNKOWYM (wpisać, jeśli dokumentację finansowo-księgową prowadzi biuro rachunkowe)

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Nazwa skrócona

VIII. OŚWIADCZENIE PLATNIKA 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. Pieczęćka płatnika

IX. ADNOTACJE ZUS

¹⁾ W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZIPA.

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZFA	strona: 1	ZGŁOSZENIE / ZMIANA DANYCH PLATNIKA SKŁADEK - OSOBY FIZYCZNEJ
-----------------------------------	---------	-----------	--

I. DANE ORGANIZACYJNE

<input type="checkbox"/> 01. ZGŁOSZENIE PLATNIKA SKŁADEK (wpisać X)	<input type="checkbox"/> 02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH PLATNIKA SKŁADEK (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych) ¹⁾
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)	04. Nalepka „R”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PLATNIKA SKŁADEK

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)	02. Numer REGON
03. Numer PESEL ²⁾	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. DANE EWIDENCYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Imię drugie
02. Miejsce urodzenia
03. Obywatelstwo

IV. PODSTAWA DO PROWADZENIA POZAROLNICZEJ DZIAŁALNOŚCI

01. Kod rodzaju uprawnienia	02. Numer uprawnienia
03. Nazwa organu wydającego uprawnienie	
04. Data wydania uprawnienia (dd / mm / rrrr)	
05. Data powstania obowiązku opłacania składek (dd / mm / rrrr)	

V. DANE O RACHUNKU BANKOWYM PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer rachunku
<input type="checkbox"/> 02. Czy płatnik posiada inne rachunki bankowe? Jeśli TAK, wpisać X i wypełnić formularz ZUS ZBA.

VI. ADRES SIEDZIBY PLATNIKA SKŁADEK

01. Kod pocztowy	02. Miejscowość
03. Gmina / Dzielnica	
04. Ulica	
05. Numer domu	06. Numer lokalu
07. Numer telefonu	08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)
09. Adres poczty elektronicznej	
<input type="checkbox"/> 10. Czy adres prowadzenia działalności gospodarczej jest inny niż adres siedziby płatnika składek? Jeśli TAK, wpisać X i wypełnić formularz ZUS ZAA	

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS	ZFA	strona: 2	ZGŁOSZENIE / ZMIANA DANYCH PŁATNIKA SKŁADEK - OSOBY FIZYCZNEJ
-----------------------------------	-----	-----	-----------	--

VII. ADRES ZAMIESZKANIA PŁATNIKA SKŁADEK (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres siedziby płatnika składek)

01. Kod pocztowy	02. Miejscowość
<input type="text"/>	<input type="text"/>
03. Gmina / Dzielnica	
<input type="text"/>	
04. Ulica	
<input type="text"/>	
05. Numer domu	06. Numer lokalu
<input type="text"/>	<input type="text"/>
07. Numer telefonu	08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

VIII. ADRES DO KORESPONDENCJI PŁATNIKA SKŁADEK (wpisać, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres siedziby płatnika składek)

01. Kod pocztowy	02. Miejscowość	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
03. Ulica		
<input type="text"/>		
04. Numer domu	05. Numer lokalu	06. Numer telefonu do teletransmisji
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
07. Skrytka pocztowa	08. Numer telefonu	09. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. Adres poczty elektronicznej		
<input type="text"/>		

IX. DANE O BIURZE RACHUNKOWYM (wpisać, jeśli dokumentację finansowo-księgową prowadzi biuro rachunkowe)

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)	02. Numer REGON
<input type="text"/>	<input type="text"/>
03. Nazwa skrócona	
<input type="text"/>	

X. 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 (jeśli posiada)

XI. ADNOTACJE ZUS

¹⁾ W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZIPA.
²⁾ Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZIPA	ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH PLATNIKA SKŁADEK
-----------------------------------	-----------------	--

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2)

02. Data nadania (dd / mm / rrrr)

03. Nalepka „R”

II. POPRZEDNIE DANE
IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK**II. POPRZEDNIE DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK**

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL¹⁾

05. Seria i numer dokumentu

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

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

III. AKTUALNE DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL¹⁾

05. Seria i numer dokumentu

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

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

IV. OŚWIADCZENIE PLATNIKA 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. Pieczęćka płatnika

V. ADNOTACJE ZUS

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

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH **ZUS ZWPA** WYREJESTROWANIE PŁATNIKA SKŁADEK

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. WYREJESTROWANIE PŁATNIKA SKŁADEK
Jeśli TAK, wpisać X.

02. ZGŁOSZENIE KOREKTY DANYCH WYREJESTROWANIA PŁATNIKA SKŁADEK
Jeśli TAK, wpisać X.

03. Data nadania (dd / mm / rrrr)

04. Nalepka „R”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL ¹⁾

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)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PŁATNIKA SKŁADEK

III. DANE O WYREJESTROWANIU PŁATNIKA SKŁADEK

01. Kod przyczyny wyrejestrowania

02. Data wyrejestrowania (dd / mm / rrrr)

IV. 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

V. ADNOTACJE ZUS

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

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZBA	INFORMACJA O NUMERACH RACHUNKÓW BANKOWYCH PLATNIKA SKŁADEK
-----------------------------------	---------	---

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Data nadania (dd / mm / rrrr)

02. Nalepka „R”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL ¹⁾

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)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PLATNIKA SKŁADEK

III. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PLATNIKA SKŁADEK

 01. Nowy rachunek (wpisać - 1) /
zamknięcie rachunku (wpisać - 2)

02. Numer rachunku

IV. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PLATNIKA SKŁADEK

 01. Nowy rachunek (wpisać - 1) /
zamknięcie rachunku (wpisać - 2)

02. Numer rachunku

V. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PLATNIKA SKŁADEK

 01. Nowy rachunek (wpisać - 1) /
zamknięcie rachunku (wpisać - 2)

02. Numer rachunku

VI. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PLATNIKA SKŁADEK

 01. Nowy rachunek (wpisać - 1) /
zamknięcie rachunku (wpisać - 2)

02. Numer rachunku

VII. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PLATNIKA SKŁADEK

 01. Nowy rachunek (wpisać - 1) /
zamknięcie rachunku (wpisać - 2)

02. Numer rachunku

VIII. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PLATNIKA SKŁADEK

 01. Nowy rachunek (wpisać - 1) /
zamknięcie rachunku (wpisać - 2)

02. Numer rachunku

IX. OŚWIADCZENIE PLATNIKA 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. Pieczęćka płatnika

X. ADNOTACJE ZUS

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

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

ZUS ZAA

strona: 1

ADRESY PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ
PRZEZ PLATNIKA SKŁADEK

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Data nadania (dd / mm / rrrr)

02. Nalepka „R”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL ¹⁾

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)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PLATNIKA SKŁADEK

III. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PLATNIKA

01. Nowy adres (wpisać - 1) /
zakończenie prowadzenia działalności pod adresem (wpisać - 2)

02. Kod pocztowy

03. Miejscowość

04. Gmina / Dzielnica

05. Ulica

06. Numer domu

07. Numer lokalu

08. Numer telefonu

09. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy
adres jest inny niż polski)

IV. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PLATNIKA

01. Nowy adres (wpisać - 1) /
zakończenie prowadzenia działalności pod adresem (wpisać - 2)

02. Kod pocztowy

03. Miejscowość

04. Gmina / Dzielnica

05. Ulica

06. Numer domu

07. Numer lokalu

08. Numer telefonu

09. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy
adres jest inny niż polski)

V. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PLATNIKA

01. Nowy adres (wpisać - 1) /
zakończenie prowadzenia działalności pod adresem (wpisać - 2)

02. Kod pocztowy

03. Miejscowość

04. Gmina / Dzielnica

05. Ulica

06. Numer domu

07. Numer lokalu

08. Numer telefonu

09. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy
adres jest inny niż polski)

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

ZUS

ZAA

strona: 2

ADRESY PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ
PRZEZ PŁATNIKA SKŁADEK

VI. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PŁATNIKA

01. Nowy adres (wpisać - 1) /
 zakończenie prowadzenia działalności pod adresem (wpisać - 2)

02. Kod pocztowy 03. Miejscowość

04. Gmina / Dzielnica

05. Ulica

06. Numer domu 07. Numer lokalu

08. Numer telefonu 09. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku gdy
adres jest inny niż polski)

VII. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PŁATNIKA

01. Nowy adres (wpisać - 1) /
 zakończenie prowadzenia działalności pod adresem (wpisać - 2)

02. Kod pocztowy 03. Miejscowość

04. Gmina / Dzielnica

05. Ulica

06. Numer domu 07. Numer lokalu

08. Numer telefonu 09. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy
adres jest inny niż polski)

VIII. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PŁATNIKA

01. Nowy adres (wpisać - 1) /
 zakończenie prowadzenia działalności pod adresem (wpisać - 2)

02. Kod pocztowy 03. Miejscowość

04. Gmina / Dzielnica

05. Ulica

06. Numer domu 07. Numer lokalu

08. Numer telefonu 09. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy
adres jest inny niż polski)

IX. 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. Pieczęćka płatnika

X. ADNOTACJE ZUS

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

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZUA	strona: 1	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ
-----------------------------------	----------------	-----------	---

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ
(jeśli TAK, wpisać X)

02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2)
DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ
(nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych¹⁾)

03. Data nadania (dd / mm / rrrr)

04. Nalepka „R”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL²⁾

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona

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

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PŁATNIKA SKŁADEK

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ

01. Numer PESEL²⁾

02.

03. Rodzaj dokumentu

(wypełnić jak pole II.04) 04. Seria i numer dokumentu

05. Nazwisko

06. Imię pierwsze

07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

III. DANE IDENTYFIKACYJNE
OSOBY ZGŁASZANEJ
DO UBEZPIECZEŃ

IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ

01. Imię drugie

02. Nazwisko rodowe

03. Obywatelstwo

04. Płeć (wpisać: K - kobieta,
M - mężczyzna)

V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA

01. Kod tytułu ubezpieczenia³⁾

VI. DANE O OBOWIĄZKOWYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH

01. Data powstania
obowiązku ubezpieczeń
(dd / mm / rrrr)

Osoba zgłaszana podlega ubezpieczeniom:
(wpisać X w odpowiednim polu)

02. Emerytalnemu

04. Chorobowemu

03. Rentowym

05. Wypadkowemu

VII. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

01. Data powstania
obowiązku ubezpieczenia
(dd / mm / rrrr)

02. Kod oddziału NFZ

VIII. DANE O DOBROWOLNYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH

Wnoszę o objęcie ubezpieczeniami:
(wpisać X w odpowiednim polu)

01. Emerytalnym

03. Rentowymi

05. Chorobowym

02. Od dnia (dd / mm / rrrr)

04. Od dnia (dd / mm / rrrr)

06. Od dnia (dd / mm / rrrr)

IX. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

01. Data rozpoczęcia
ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)

02. Kod oddziału NFZ

X. INNE DANE O OSOBE ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ⁴⁾

01. Kod wykonywanego
zawodu

02. Kod pracy w szczególnych
warunkach / w szczególnym charakterze

03. Okres pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze
(dd / mm / rrrr)

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZUA	strona: 2	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ
-----------------------------------	---------	-----------	---

XI. ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU

01. Kod pocztowy	02. Miejscowość
03. Gmina / Dzielnica	
04. Ulica	
05. Numer domu	06. Numer lokalu
07. Numer telefonu	
08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)	

XII. ADRES ZAMIESZKANIA (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu)

01. Kod pocztowy	02. Miejscowość
03. Gmina / Dzielnica	
04. Ulica	
05. Numer domu	06. Numer lokalu
07. Numer telefonu	
08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)	

XIII. ADRES DO KORESPONDENCJI (wpisać, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu lub adres zamieszkania)

01. Kod pocztowy	02. Miejscowość
03. Ulica	
04. Numer domu	05. Numer lokalu
06. Skrytka pocztowa	07. Numer telefonu
08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)	
09. Adres poczty elektronicznej	

XIV. 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

XV. OŚWIADCZENIE OSOBY ZGŁASZANEJ / ZGŁOSZONEJ DO UBEZPIECZENIA

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

01. Podpis osoby zgłaszanej / zgłoszonej do ubezpieczenia

XVI. ADNOTACJE ZUS

¹⁾W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZIUA.

²⁾Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.

³⁾Dla określonego kodu tytułu ubezpieczenia należy wypełnić formularz ZUS ZAA.

⁴⁾Blok X. wypełnia się w celu zgłoszenia / korekty danych dotyczących okresu sprzed 1 stycznia 2009 r.

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEN SPOŁECZNYCH	ZUS ZCNA	strona: 1	ZGŁOSZENIE DANYCH O CZŁONKACH RODZINY DLA CELÓW UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO
-----------------------------------	----------	-----------	--

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Data nadania (dd / mm / rrrr)

02. Nalepka „R”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL¹⁾

05. Seria i numer dokumentu

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

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PŁATNIKA SKŁADEK

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Numer PESEL¹⁾

02.

03. Rodzaj dokumentu

(wypełnić jak pole II.04)

04. Seria i numer dokumentu

05. Nazwisko

06. Imię pierwsze

07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

III. DANE
IDENTYFIKACYJNE
OSOBY UBEZPIECZONEJ

IV. A. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ UPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

01. Zgłoszenie nowego członka rodziny (wpisać - 1) /
wyrejestrowanie członka rodziny (wpisać - 2)

02. Data uzyskania / utraty uprawnień do ubezpieczenia
zdrowotnego przez członka rodziny (dd / mm / rrrr)

03. Numer PESEL¹⁾

04. Numer NIP (wpisać bez kresek)²⁾

05. Rodzaj dokumentu

(wypełnić jak pole II.04)

06. Seria i numer dokumentu

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

10. Kod stopnia pokrewieństwa / powinowactwa

11. Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie
domowym z osobą ubezpieczoną? Jeśli TAK, wpisać X.

12. Kod stopnia niepełnosprawności

IV. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ
UPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

IV. B. ADRES ZAMIESZKANIA (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zamieszkania ubezpieczonego)

01. Kod pocztowy

02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu

06. Numer lokalu

07. Numer telefonu

08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy
adres jest inny niż polski)

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZCNA	strona: 2	ZGŁOSZENIE DANYCH O CZŁONKACH RODZINY DLA CELÓW UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO
-----------------------------------	----------	-----------	--

V. A. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ UPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

<input type="checkbox"/> 01. Zgłoszenie nowego członka rodziny (wpisać - 1) / <input type="checkbox"/> wyrejestrowanie członka rodziny (wpisać - 2)	<input type="checkbox"/> 02. Data uzyskania / utraty uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego przez członka rodziny (dd / mm / rrrr)
03. Numer PESEL ¹⁾	04. Numer NIP (wpisać bez kresek) ²⁾
05. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)	06. Seria i numer dokumentu
07. Nazwisko	
08. Imię pierwsze	
09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
<input type="checkbox"/> 10. Kod stopnia pokrewieństwa / powinowactwa	<input type="checkbox"/> 11. Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną? Jeśli TAK, wpisać X.
<input type="checkbox"/> 12. Kod stopnia niepełnosprawności	

V. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ
UPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

V. B. ADRES ZAMIESZKANIA (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zamieszkania ubezpieczonego)

01. Kod pocztowy	02. Miejscowość
03. Gmina / Dzielnica	
04. Ulica	
05. Numer domu	06. Numer lokalu
07. Numer telefonu	08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

VI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

VII. OŚWIADCZENIE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

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

01. Podpis osoby ubezpieczonej

VIII. ADNOTACJE ZUS

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

²⁾ Pole wypełnia się, o ile zgłoszenie / wyrejestrowanie dotyczy członka rodziny zgłoszonego przed 1 września 2011 r. wyłącznie z numerem NIP.

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZZA	strona: 1	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH
-----------------------------------	---------	-----------	---

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA
ZDROWOTNEGO (jeśli TAK, wpisać X)

02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) /
KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH¹⁾

03. Data nadania (dd / mm / rrrr)

04. Nalepka „R”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL²⁾

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)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PŁATNIKA SKŁADEK

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA

01. Numer PESEL²⁾

02.

03. Rodzaj dokumentu
(wypełnić jak pole II.04) 04. Seria i numer dokumentu

05. Nazwisko

06. Imię pierwsze

07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

III. DANE IDENTYFIKACYJNE
OSOBY ZGŁASZANEJ
DO UBEZPIECZENIA

IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA

01. Imię drugie

02. Nazwisko rodowe

03. Obywatelstwo

04. Płeć (wpisać: K - kobieta,
M - mężczyzna)

V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA

01. Kod tytułu
ubezpieczenia³⁾

VI. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

01. Data powstania obowiązku
ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)

02. Kod oddziału NFZ

VII. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

01. Data rozpoczęcia
ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)

02. Kod oddziału NFZ

VIII. ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU

01. Kod pocztowy

02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu

06. Numer lokalu

07. Numer telefonu

08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy
adres jest inny niż polski)

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZZA	strona: 2	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH
-----------------------------------	---------	-----------	---

IX. ADRES ZAMIESZKANIA (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu)

01. Kod pocztowy 02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu 06. Numer lokalu

07. Numer telefonu 08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

X. ADRES DO KORESPONDENCJI (wpisać, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu lub adres zamieszkania)

01. Kod pocztowy 02. Miejscowość

03. Ulica

04. Numer domu 05. Numer lokalu

06. Skrytka pocztowa 07. Numer telefonu 08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

09. Adres poczty elektronicznej

XI. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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. Pieczęćka płatnika

XII. OŚWIADCZENIE OSOBY ZGŁASZANEJ / ZGŁOSZONEJ DO UBEZPIECZENIA

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

01. Podpis osoby zgłaszanej / zgłoszonej do ubezpieczenia

XIII. ADNOTACJE ZUS

¹⁾ W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZIUa.

²⁾ Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.

³⁾ Dla określonego kodu tytułu ubezpieczenia należy wypełnić formularz ZUS ZAA.

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZIUA	ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ
-----------------------------------	-----------------	---

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2)
DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ

02. Data nadania (dd / mm / rrrr)

03. Nalepka „R”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL¹⁾

05. Seria i numer dokumentu

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

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PLATNIKA SKŁADEK**III. POPRZEDNIE DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ**01. Numer PESEL¹⁾02. Numer NIP (wpisać bez kresek)²⁾

03. Rodzaj dokumentu

(wypełnić jak pole II,04) 04. Seria i numer dokumentu

05. Nazwisko

06. Imię pierwsze

07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

III. POPRZEDNIE DANE
IDENTYFIKACYJNE
OSOBY UBEZPIECZONEJ**IV. AKTUALNE DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ**01. Numer PESEL¹⁾

02.

03. Rodzaj dokumentu

(wypełnić jak pole II,04) 04. Seria i numer dokumentu

05. Nazwisko

06. Imię pierwsze

07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

IV. AKTUALNE DANE
IDENTYFIKACYJNE
OSOBY UBEZPIECZONEJ**V. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK**

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

VI. OŚWIADCZENIE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

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

01. Podpis osoby ubezpieczonej

VII. ADNOTACJE ZUS

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

²⁾ Pole wypełnia się, o ile zmiana / korekta danych identyfikacyjnych dotyczy osoby zgłoszonej do ubezpieczeń przed 1 września 2011 r. wyłącznie z numerem NIP.

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZWUA	WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ
-----------------------------------	-----------------	--------------------------------------

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ (jeżeli TAK, wpisać X) 02. ZGŁOSZENIE KOREKTY DANYCH O WYREJESTROWANIU Z UBEZPIECZEŃ (jeżeli TAK, wpisać X)

03. Data nadania (dd / mm / rrrr)

04. Nalepka „R”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA 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)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PLATNIKA SKŁADEK

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY WYREJESTROWYWANEJ Z UBEZPIECZEŃ

01. Numer PESEL¹⁾

02. Numer NIP (wpisać bez kresek)²⁾

03. Rodzaj dokumentu

(wypełnić jak pole II.04) 04. Seria i numer dokumentu

05. Nazwisko

06. Imię pierwsze

07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

IV. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Wyrejestrowanie z ubezpieczeń od dnia (dd / mm / rrrr)

03. Kod przyczyny wyrejestrowania

V. ROZWIĄZANIE/ WYGAŚNIĘCIE STOSUNKU PRACY/ STOSUNKU SŁUŻBOWEGO

01. Data (dd / mm / rrrr)

02. Kod wygaśnięcia/ kod trybu rozwiązania stosunku pracy/ stosunku służbowego

03. Kod podstawy prawnej rozwiązania/ wygaśnięcia stosunku pracy/ stosunku służbowego

04. Jeśli w polu 03 podałeś kod 550 - wpisz podstawę prawną rozwiązania/ wygaśnięcia stosunku pracy/ stosunku służbowego

05. Strona z inicjatywy, której nastąpiło rozwiązanie stosunku pracy jeśli PRACOWNIK wpisz 1, jeśli PRACODAWCA - 2

VI. OŚWIADCZENIE PLATNIKA 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. Pieczęćka płatnika

VII. OŚWIADCZENIE OSOBY WYREJESTROWYWANEJ Z UBEZPIECZEŃ

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

01. Podpis osoby wyrejestrowywanej z ubezpieczeń

VIII. ADNOTACJE ZUS

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

²⁾ Pole wypełnia się, o ile wyrejestrowanie dotyczy osoby zgłoszonej do ubezpieczeń przed 1 września 2011 r. wyłącznie z numerem NIP.

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS RIA	strona: 1	RAPORT INFORMACYJNY
-----------------------------------	----------------	-----------	----------------------------

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Dokument przekazany pierwszorazowo (wpisać - 1)/ korekta (wpisać - 2)

02. Data nadania (dd / mm / rrrr)

03. Nalepka „R”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL ¹⁾

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)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PLATNIKA SKŁADEK

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

IV. ROZWIĄZANIE / WYGAŚNIĘCIE OSTATNIEGO STOSUNKU PRACY / STOSUNKU SŁUŻBOWEGO

01. Data (dd / mm / rrrr)

02. Kod wygaśnięcia / kod trybu rozwiązania
stosunku pracy / stosunku służbowego

03. Kod podstawy prawnej rozwiązania / wygaśnięcia
stosunku pracy / stosunku służbowego

04. Jeśli w polu 03 podałeś kod 550 - wpisz podstawę prawną rozwiązania / wygaśnięcia
stosunku pracy / stosunku służbowego

05. Strona z inicjatywy, której nastąpiło rozwiązanie stosunku pracy
jeśli PRACOWNIK wpisz 1, jeśli PRACODAWCA - 2

**V. KWOTA PRZYCHODU NALEŻNEGO ZA INNY ROK KALENDARZOWY NIŻ ROK, W KTÓRYM ZOSTAŁ WYPŁACONY, A PRZYCHÓD TEN STANOWIŁ
PODSTAWĘ WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE - ZA OKRES OD 1.01.1999 r. DO 31.12.2018 r.**

01. Rok wypłaty <input type="text"/>	02. Przychód za rok <input type="text"/>	03. Kwota <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr
04. Rok wypłaty <input type="text"/>	05. Przychód za rok <input type="text"/>	06. Kwota <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr
07. Rok wypłaty <input type="text"/>	08. Przychód za rok <input type="text"/>	09. Kwota <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr
10. Rok wypłaty <input type="text"/>	11. Przychód za rok <input type="text"/>	12. Kwota <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr
13. Rok wypłaty <input type="text"/>	14. Przychód za rok <input type="text"/>	15. Kwota <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr
16. Rok wypłaty <input type="text"/>	17. Przychód za rok <input type="text"/>	18. Kwota <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr
19. Rok wypłaty <input type="text"/>	20. Przychód za rok <input type="text"/>	21. Kwota <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr
22. Rok wypłaty <input type="text"/>	23. Przychód za rok <input type="text"/>	24. Kwota <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr
25. Rok wypłaty <input type="text"/>	26. Przychód za rok <input type="text"/>	27. Kwota <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr
28. Rok wypłaty <input type="text"/>	29. Przychód za rok <input type="text"/>	30. Kwota <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr
31. Rok wypłaty <input type="text"/>	32. Przychód za rok <input type="text"/>	33. Kwota <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr
34. Rok wypłaty <input type="text"/>	35. Przychód za rok <input type="text"/>	36. Kwota <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr
37. Rok wypłaty <input type="text"/>	38. Przychód za rok <input type="text"/>	39. Kwota <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr
40. Rok wypłaty <input type="text"/>	41. Przychód za rok <input type="text"/>	42. Kwota <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr
43. Rok wypłaty <input type="text"/>	44. Przychód za rok <input type="text"/>	45. Kwota <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr

DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

PLATNIK WYPELNIÄ POLA W WYZNACZONYCH KRÄTKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYÑIE LUB RĘCZÑIE
DUZYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS RIA	strona: 2	RAPORT INFORMACYJNY
--------------------------------	----------------	------------------	----------------------------

46. Rok wypłaty	47. Przychód za rok	48. Kwota
49. Rok wypłaty	50. Przychód za rok	51. Kwota
52. Rok wypłaty	53. Przychód za rok	54. Kwota
55. Rok wypłaty	56. Przychód za rok	57. Kwota
58. Rok wypłaty	59. Przychód za rok	60. Kwota

VI. KWOTA PRZYCHODU NALEŻNEGO ZA INNY ROK KALENDARZOWY NIŻ ROK, W KTÓRYM ZOSTAŁ WYPŁAĆONY, A PRZYCHÓD TEN STANOWIŁ PODSTAWĘ WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE WYPADKOWE - ZA OKRES OD 1.01.1999 r. DO 31.12.2018 r.

01. Rok wypłaty	02. Przychód za rok	03. Kwota
04. Rok wypłaty	05. Przychód za rok	06. Kwota
07. Rok wypłaty	08. Przychód za rok	09. Kwota
10. Rok wypłaty	11. Przychód za rok	12. Kwota
13. Rok wypłaty	14. Przychód za rok	15. Kwota
16. Rok wypłaty	17. Przychód za rok	18. Kwota
19. Rok wypłaty	20. Przychód za rok	21. Kwota
22. Rok wypłaty	23. Przychód za rok	24. Kwota
25. Rok wypłaty	26. Przychód za rok	27. Kwota
28. Rok wypłaty	29. Przychód za rok	30. Kwota
31. Rok wypłaty	32. Przychód za rok	33. Kwota
34. Rok wypłaty	35. Przychód za rok	36. Kwota
37. Rok wypłaty	38. Przychód za rok	39. Kwota
40. Rok wypłaty	41. Przychód za rok	42. Kwota
43. Rok wypłaty	44. Przychód za rok	45. Kwota
46. Rok wypłaty	47. Przychód za rok	48. Kwota
49. Rok wypłaty	50. Przychód za rok	51. Kwota
52. Rok wypłaty	53. Przychód za rok	54. Kwota
55. Rok wypłaty	56. Przychód za rok	57. Kwota
58. Rok wypłaty	59. Przychód za rok	60. Kwota

VII. KWOTA PRZYCHODU, ZA LATA KALENDARZOWE, WYPŁAĆONEGO OBOK WYNAGRODZENIA ZA CZAS NIEZDOLNOŚCI DO PRACY, ZASIŁKU CHOROBOWEGO, MACIERZYŃSKIEGO, OPIEKUNČZEGO, ŚWIADCZENIA REHABILITACYJNEGO, KTÓRY W OKRESIE POBIERANIA TEGO WYNAGRODZENIA LUB ZASIŁKU NIE STANOWIŁ PODSTAWY WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE - ZA OKRES OD 1.01.1999 r. DO 31.12.2018 r.

01. Rok wypłaty	02. Przychód za rok	03. Kwota
04. Rok wypłaty	05. Przychód za rok	06. Kwota
07. Rok wypłaty	08. Przychód za rok	09. Kwota

DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

ZUS RIA

strona: 3

RAPORT INFORMACYJNY

10. Rok wypłaty <input type="text"/>	11. Przychód za rok <input type="text"/>	12. Kwota <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr
13. Rok wypłaty <input type="text"/>	14. Przychód za rok <input type="text"/>	15. Kwota <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr
16. Rok wypłaty <input type="text"/>	17. Przychód za rok <input type="text"/>	18. Kwota <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr
19. Rok wypłaty <input type="text"/>	20. Przychód za rok <input type="text"/>	21. Kwota <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr
22. Rok wypłaty <input type="text"/>	23. Przychód za rok <input type="text"/>	24. Kwota <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr
25. Rok wypłaty <input type="text"/>	26. Przychód za rok <input type="text"/>	27. Kwota <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr
28. Rok wypłaty <input type="text"/>	29. Przychód za rok <input type="text"/>	30. Kwota <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr
31. Rok wypłaty <input type="text"/>	32. Przychód za rok <input type="text"/>	33. Kwota <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr
34. Rok wypłaty <input type="text"/>	35. Przychód za rok <input type="text"/>	36. Kwota <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr
37. Rok wypłaty <input type="text"/>	38. Przychód za rok <input type="text"/>	39. Kwota <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr
40. Rok wypłaty <input type="text"/>	41. Przychód za rok <input type="text"/>	42. Kwota <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr
43. Rok wypłaty <input type="text"/>	44. Przychód za rok <input type="text"/>	45. Kwota <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr
46. Rok wypłaty <input type="text"/>	47. Przychód za rok <input type="text"/>	48. Kwota <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr
49. Rok wypłaty <input type="text"/>	50. Przychód za rok <input type="text"/>	51. Kwota <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr
52. Rok wypłaty <input type="text"/>	53. Przychód za rok <input type="text"/>	54. Kwota <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr
55. Rok wypłaty <input type="text"/>	56. Przychód za rok <input type="text"/>	57. Kwota <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr
58. Rok wypłaty <input type="text"/>	59. Przychód za rok <input type="text"/>	60. Kwota <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr

VIII. OKRESY WYKONYWANIA PRACY NAUCZYCIELSKIEJ W PŁACÓWKACH, O KTÓRYCH MOWA W ART. 2 PKT 1 USTAWY Z DNIA 22 MAJA 2009 r. O NAUCZYCIELSKICH ŚWIADCZENIACH KOMPENSACYJNYCH (Dz. U. z 2018 r. poz. 128) - OD 1.01.1999 r. DO 31.12.2018 r.

01. Okres od (dd / mm / rrrr) <input type="text"/>	02. Okres do (dd / mm / rrrr) <input type="text"/>	03. Wymiar zajęć <input type="text"/> / <input type="text"/>
04. Okres od (dd / mm / rrrr) <input type="text"/>	05. Okres do (dd / mm / rrrr) <input type="text"/>	06. Wymiar zajęć <input type="text"/> / <input type="text"/>
07. Okres od (dd / mm / rrrr) <input type="text"/>	08. Okres do (dd / mm / rrrr) <input type="text"/>	09. Wymiar zajęć <input type="text"/> / <input type="text"/>
10. Okres od (dd / mm / rrrr) <input type="text"/>	11. Okres do (dd / mm / rrrr) <input type="text"/>	12. Wymiar zajęć <input type="text"/> / <input type="text"/>

IX. OKRESY WYKONYWANIA PRACY NAUCZYCIELSKIEJ W PŁACÓWKACH, O KTÓRYCH MOWA W ART. 1 USTAWY Z DNIA 26 STYCZNIA 1982 r. KARTA NAUCZYCIELA (Dz. U. z 2018 r. poz. 967) - OD 1.01.1999 r. DO 31.12.2008 r.

01. Okres od (dd / mm / rrrr) <input type="text"/>	02. Okres do (dd / mm / rrrr) <input type="text"/>	03. Wymiar zajęć <input type="text"/> / <input type="text"/>
04. Praca w szkolnictwie specjalnym, o której mowa w art. 88 Karty Nauczyciela - jeśli TAK, wpisz X <input type="checkbox"/>		
05. Okres od (dd / mm / rrrr) <input type="text"/>	06. Okres do (dd / mm / rrrr) <input type="text"/>	07. Wymiar zajęć <input type="text"/> / <input type="text"/>
08. Praca w szkolnictwie specjalnym, o której mowa w art. 88 Karty Nauczyciela - jeśli TAK, wpisz X <input type="checkbox"/>		

DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS RIA	strona: 4	RAPORT INFORMACYJNY
-----------------------------------	----------------	------------------	----------------------------

09. Okres od (dd / mm / rrrr) - 10. Okres do (dd / mm / rrrr) - 11. Wymiar zajęć /

12. Praca w szkolnictwie specjalnym, o której mowa w art. 88 Karty Nauczyciela - jeśli TAK, wpisz X

13. Okres od (dd / mm / rrrr) - 14. Okres do (dd / mm / rrrr) - 15. Wymiar zajęć /

16. Praca w szkolnictwie specjalnym, o której mowa w art. 88 Karty Nauczyciela - jeśli TAK, wpisz X

**X. OKRESY WYKONYWANIA PRACY W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH LUB W SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE, O KTÓREJ MOWA W ART. 32 USTAWY
Z DNIA 17 GRUDNIA 1998 r. O EMERYTURACH I RENTACH Z FUNDUSZU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH (Dz. U. z 2018 r. poz. 1270, z późn. zm.) -
OD 1.01.1999 r. DO 31.12.2008 r.**

01. Pracodawca od dnia powstania posiada status podmiotu prywatnego i nie ma obowiązku stosowania wykazów stanowisk pracy
w szczególnych warunkach stanowiących załącznik do zarządzeń i uchwał resortowych - jeśli TAK, wpisz X

02. Okres od (dd / mm / rrrr) - 03. Okres do (dd / mm / rrrr) - 04. Praca wykonywana była stale i w pełnym
wymiarze czasu pracy - jeśli TAK, wpisz X

05. Wymiar czasu pracy
(podaj, jeśli nie wypełniłeś pola 04) /

06. Kod pracy w szczególnym charakterze

07. Kod pracy w szczególnych warunkach

08. Jeśli w kodzie w p. 07 podałeś wykaz A, dział XIV, poz. 24 lub 25 - podaj dodatkowo nazwę stanowiska pracy, na którym pracownik świadczył pracę stale
i bezpośrednio przy stanowiskach pracy w szczególnych warunkach wymienionych w wykazie A

09. Zmieniona nazwa stanowiska, na którym wykonywana praca odpowiada ściśle pracy z wykazu prac w szczególnych warunkach, którą podałeś w kodzie w p. 07
(podaj jeśli dotyczy)

10. Kod pracy w szczególnych warunkach

11. Jeśli w kodzie w p. 10 podałeś wykaz A, dział XIV, poz. 24 lub 25 - podaj dodatkowo nazwę stanowiska pracy, na którym pracownik świadczył pracę stale
i bezpośrednio przy stanowiskach pracy w szczególnych warunkach wymienionych w wykazie A

12. Zmieniona nazwa stanowiska, na którym wykonywana praca odpowiada ściśle pracy z wykazu prac w szczególnych warunkach, którą podałeś w kodzie w p. 10
(podaj, jeśli dotyczy)

13. W okresie zatrudnienia na kolei przysługiwał deputat węglowy (ekwiwalent pieniężny) - jeśli TAK, wpisz X

14. Zatrudnienie na kolei na stanowiskach nieobjętych wykazami stanowisk pracy w szczególnych warunkach,
stanowiącymi załącznik do zarządzeń i uchwał resortowych - jeśli TAK, wpisz X

15. Okres od (dd / mm / rrrr) - 16. Okres do (dd / mm / rrrr) - 17. Praca wykonywana była stale i w pełnym
wymiarze czasu pracy - jeśli TAK, wpisz X

18. Wymiar czasu pracy
(podaj, jeśli nie wypełniłeś pola 17) /

19. Kod pracy w szczególnym charakterze

20. Kod pracy w szczególnych warunkach

21. Jeśli w kodzie w p. 20 podałeś wykaz A, dział XIV, poz. 24 lub 25 - podaj dodatkowo nazwę stanowiska pracy, na którym pracownik świadczył pracę stale
i bezpośrednio przy stanowiskach pracy w szczególnych warunkach wymienionych w wykazie A

22. Zmieniona nazwa stanowiska, na którym wykonywana praca odpowiada ściśle pracy z wykazu prac w szczególnych warunkach, którą podałeś w kodzie w p. 20
(podaj, jeśli dotyczy)

23. Kod pracy w szczególnych warunkach

24. Jeśli w kodzie w p. 23 podałeś wykaz A, dział XIV, poz. 24 lub 25 - podaj dodatkowo nazwę stanowiska pracy, na którym pracownik świadczył pracę stale
i bezpośrednio przy stanowiskach pracy w szczególnych warunkach wymienionych w wykazie A

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS RIA	strona: 5	RAPORT INFORMACYJNY
-----------------------------------	----------------	------------------	----------------------------

DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

25. Zmieniona nazwa stanowiska, na którym wykonywana praca odpowiada ściśle pracy z wykazu prac w szczególnych warunkach, którą podałeś w kodzie w p. 23 (podaj, jeśli dotyczy)

--

26. W okresie zatrudnienia na kolei przysługiwał deputat węglowy (ekwiwalent pieniężny) - jeśli TAK, wpisz X

27. Zatrudnienie na kolei na stanowiskach nieobjętych wykazami stanowisk pracy w szczególnych warunkach, stanowiącymi załącznik do zarządzeń i uchwał resortowych - jeśli TAK, wpisz X

XI. OKRESY WYKONYWANIA PRACY W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH LUB O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE, O KTÓREJ MOWA W ART. 3 UST. 1 I 3 USTAWY Z DNIA 19 GRUDNIA 2008 r. O EMERYTURACH POMOSTOWYCH (Dz. U. z 2018 r. poz. 1924) - OD 1.01.1999 r. DO 31.12.2008 r.

01. Kod pracy w szczególnych warunkach/ o szczególnym charakterze	02. Okres od (dd / mm / rrrr)	03. Okres do (dd / mm / rrrr)	04. Wymiar czasu pracy
05. Kod pracy w szczególnych warunkach/ o szczególnym charakterze	06. Okres od (dd / mm / rrrr)	07. Okres do (dd / mm / rrrr)	08. Wymiar czasu pracy

XII. OŚWIADCZENIE PLATNIKA 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 zatajenia prawdy.

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej	03. Pieczęć płatnika

⁹⁾ Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEN SPOŁECZNYCH	ZUS ZSWA	strona: 1	ZGŁOSZENIE / KOREKTA DANYCH O PRACY W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH LUB O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE
-----------------------------------	-----------------	-----------	---

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator zgłoszenia Nr Nr Nr R R R R	02. Data nadania (dd / mm / rrrr)	03. Nalepka „R”
--	-----------------------------------	-----------------

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PLATNIKA SKŁADEK

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)	02. Numer REGON
03. Numer PESEL ¹⁾	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. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY WYKONUJĄCEJ PRACĘ W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH LUB O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE

01. ZGŁOSZENIE DANYCH (jeśli TAK, wpisać X)	02. ZGŁOSZENIE KOREKTY DANYCH (jeśli TAK, wpisać X)	03. Numer PESEL ¹⁾	04.	05. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)	06. Seria i numer dokumentu
07. Nazwisko		08. Imię pierwsze			
		09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)			

III. B. DANE O PRACY W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH / O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE

III. DANE O PRACY W SZCZEGÓLNYCH
WARUNKACH / O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE

01. Kod tytułu ubezpieczenia	02. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze	Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze 03. Od (dd / mm / rrrr)	04. Do (dd / mm / rrrr)	05. Wymiar czasu pracy
06. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze	07. Od (dd / mm / rrrr)	08. Do (dd / mm / rrrr)	09. Wymiar czasu pracy	
10. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze	11. Od (dd / mm / rrrr)	12. Do (dd / mm / rrrr)	13. Wymiar czasu pracy	
14. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze	15. Od (dd / mm / rrrr)	16. Do (dd / mm / rrrr)	17. Wymiar czasu pracy	

IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY WYKONUJĄCEJ PRACĘ W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH LUB O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE

01. ZGŁOSZENIE DANYCH (jeśli TAK, wpisać X)	02. ZGŁOSZENIE KOREKTY DANYCH (jeśli TAK, wpisać X)	03. Numer PESEL ¹⁾	04.	05. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)	06. Seria i numer dokumentu
07. Nazwisko		08. Imię pierwsze			
		09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)			

IV. B. DANE O PRACY W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH / O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE

IV. DANE O PRACY W SZCZEGÓLNYCH
WARUNKACH / O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE

01. Kod tytułu ubezpieczenia	02. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze	Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze 03. Od (dd / mm / rrrr)	04. Do (dd / mm / rrrr)	05. Wymiar czasu pracy
06. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze	07. Od (dd / mm / rrrr)	08. Do (dd / mm / rrrr)	09. Wymiar czasu pracy	
10. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze	11. Od (dd / mm / rrrr)	12. Do (dd / mm / rrrr)	13. Wymiar czasu pracy	
14. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze	15. Od (dd / mm / rrrr)	16. Do (dd / mm / rrrr)	17. Wymiar czasu pracy	

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZSWA	strona: 2	ZGŁOSZENIE / KOREKTA DANYCH O PRACY W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH LUB O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE
-----------------------------------	-----------------	------------------	---

V. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY WYKONUJĄCEJ PRACĘ W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH LUB O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE

<input type="checkbox"/> 01. ZGŁOSZENIE DANYCH (jeśli TAK, wpisać X)	<input type="checkbox"/> 02. ZGŁOSZENIE KOREKTY DANYCH (jeśli TAK, wpisać X)	03. Numer PESEL ¹⁾	04.	05. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)	06. Seria i numer dokumentu
07. Nazwisko					
08. Imię pierwsze					
09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)					

V. B. DANE O PRACY W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH / O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE

01. Kod tytułu ubezpieczenia	02. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze	Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze 03. Od (dd / mm / rrrr)	04. Do (dd / mm / rrrr)	05. Wymiar czasu pracy
06. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze	07. Od (dd / mm / rrrr)	08. Do (dd / mm / rrrr)	09. Wymiar czasu pracy	
10. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze	11. Od (dd / mm / rrrr)	12. Do (dd / mm / rrrr)	13. Wymiar czasu pracy	
14. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze	15. Od (dd / mm / rrrr)	16. Do (dd / mm / rrrr)	17. Wymiar czasu pracy	

VI. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY WYKONUJĄCEJ PRACĘ W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH LUB O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE

<input type="checkbox"/> 01. ZGŁOSZENIE DANYCH (jeśli TAK, wpisać X)	<input type="checkbox"/> 02. ZGŁOSZENIE KOREKTY DANYCH (jeśli TAK, wpisać X)	03. Numer PESEL ¹⁾	04.	05. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)	06. Seria i numer dokumentu
07. Nazwisko					
08. Imię pierwsze					
09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)					

VI. B. DANE O PRACY W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH / O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE

01. Kod tytułu ubezpieczenia	02. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze	Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze 03. Od (dd / mm / rrrr)	04. Do (dd / mm / rrrr)	05. Wymiar czasu pracy
06. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze	07. Od (dd / mm / rrrr)	08. Do (dd / mm / rrrr)	09. Wymiar czasu pracy	
10. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze	11. Od (dd / mm / rrrr)	12. Do (dd / mm / rrrr)	13. Wymiar czasu pracy	
14. Kod pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze	15. Od (dd / mm / rrrr)	16. Do (dd / mm / rrrr)	17. Wymiar czasu pracy	

VII. OŚWIADCZENIE PLATNIKA 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. Pieczęćka płatnika

VIII. ADNOTACJE ZUS

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

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS RCA	strona: 1	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH I WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH
--------------------------------	----------------	-----------	--

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)	02. Numer REGON
03. Numer PESEL ¹⁾	05. Seria i numer dokumentu
04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2	
06. Nazwa skrócona	
07. Nazwisko	
08. Imię pierwsze	
09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

III. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe

03. Wymiar czasu pracy

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBOWE	WYPADKOWE
PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	04. zł, gr		05. zł, gr	06. zł, gr
SKŁADKA FINANSOWANA PRZEZ:				
ubezpieczonego	07. zł, gr	08. zł, gr	09. zł, gr	10. zł, gr
płatnika składek	11. zł, gr	12. zł, gr	13. zł, gr	14. zł, gr
budżetu państwa	15. zł, gr	16. zł, gr	17. zł, gr	18. zł, gr
PFRON ²⁾	19. zł, gr	20. zł, gr	21. zł, gr	22. zł, gr
Fundusz Kościelny	23. zł, gr	24. zł, gr	25. zł, gr	26. zł, gr

27. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego zł, gr

28. Kwota wpłaty w ramach pracowniczego planu kapitałowego finansowana przez płatnika składek zł, gr

29. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.26) zł, gr

III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Podstawa wymiaru składki zł, gr

02. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika składek ³⁾ zł, gr

03. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS zł, gr

04. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego zł, gr

05. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny zł, gr

III. D. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA ⁴⁾

01. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego <input style="width: 100px;" type="text"/> zł, gr	02. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego <input style="width: 100px;" type="text"/> zł, gr
03. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego <input style="width: 100px;" type="text"/> zł, gr	04. Łączna kwota wypłaconych zasiłków (p.01 + p.02 + p.03) <input style="width: 100px;" type="text"/> zł, gr

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS RCA	strona: 2	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH I WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH
-----------------------------------	---------	-----------	--

IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

IV. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe

03. Wymiar czasu pracy

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBY	WYPADKOWE
04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	zł, gr		05. zł, gr	06. zł, gr
SKŁADKA FINANSOWANA PRZEZ:				
ubezpieczonego	07. zł, gr	08. zł, gr	09. zł, gr	10. zł, gr
płatnika składek	11. zł, gr	12. zł, gr	13. zł, gr	14. zł, gr
budżetu państwa	15. zł, gr	16. zł, gr	17. zł, gr	18. zł, gr
PFRON ²⁾	19. zł, gr	20. zł, gr	21. zł, gr	22. zł, gr
Fundusz Kościelny	23. zł, gr	24. zł, gr	25. zł, gr	26. zł, gr

27. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składki w ramach pracowniczego programu emerytalnego

zł, gr

28. Kwota wpłaty w ramach pracowniczego planu kapitałowego finansowana przez płatnika składek

zł, gr

29. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.26)

zł, gr

IV. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Podstawa wymiaru składki

02. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika składek³⁾

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

04. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego

05. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny

IV. D. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA⁴⁾

01. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego

02. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego

03. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego

04. Łączna kwota wypłaconych zasiłków (p.01 + p.02 + p.03)

V. 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 składek lub osoby upoważnionej

03. Pieczęć płatnika składek

VI. 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 raporcie za ten okres, złożonym nie później niż w dniu 30 czerwca 2008 r.

³⁾ W tym polu należy także wykazać kwotę składki finansowaną z budżetu państwa, jeśli dotację otrzymuje płatnik składek.

⁴⁾ 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.

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS RCA cz.II	IMIENNY RAPORT cz. II DLA OSOBY FIZYCZNEJ WYKONUJĄCEJ DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ NA MNIEJSZĄ SKALĘ, KTÓRA KORZYSTA Z OBNIŻENIA SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE
-----------------------------------	----------------------	---

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer)	02. Rok, na który jest ustalona podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe	05. Znak i numer decyzji pokontrolnej
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)	04. Nalepka „R”	

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEKII. DANE IDENTYFIKACYJNE
PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)	02. Numer REGON
03. Numer PESEL ¹⁾	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. PODSTAWA WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE

01. Przychód z działalności gospodarczej za ubiegły rok kalendarzowy ²⁾ (p.IV.01 + p.IV.03 + p.IV.05)	03. Dochód z działalności gospodarczej za ubiegły rok kalendarzowy ³⁾ (p.IV.02 + p.IV.04 + p.IV.06)
02. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe	

IV. FORMA OPODATKOWANIA OBOWIĄZUJĄCA W UBIEGLYM ROKU KALENDARZOWYM ORAZ PRZYCHÓD I DOCHÓD⁴⁾

A. Karta podatkowa	
01. Kwota przychodu	02. Kwota dochodu ⁵⁾
03. Kwota przychodu	04. Kwota dochodu ⁵⁾
C. Opodatkowanie na zasadach ogólnych (podatek według skali lub podatek liniowy)	
05. Kwota przychodu	06. Kwota dochodu

V. 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. Pieczęćka płatnika
--	------------------------

VI. ADNOTACJE ZUS

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

²⁾W polu tym wykaż roczny przychód z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej w ubiegłym roku kalendarzowym.

³⁾W polu tym wykaż roczny dochód z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej w ubiegłym roku kalendarzowym.

⁴⁾W bloku tym wskaż właściwą lub właściwe dla siebie formy opodatkowania z ubiegłego roku kalendarzowego.

⁵⁾W polu tym wykaż kwotę odpowiadającą połowie kwoty przychodu.

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE 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)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)	02. Numer REGON
03. Numer PESEL ¹⁾	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)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PLATNIKA SKŁADEK

III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko	03. Typ	04. Identyfikator
02. Imię pierwsze		

III. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia	02. Podstawa wymiaru składki
03. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika ²⁾	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

III. DANE DOTYCZĄCE
OSOBY UBEZPIECZONEJ

IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko	03. Typ	04. Identyfikator
02. Imię pierwsze		

IV. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia	02. Podstawa wymiaru składki
03. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika ²⁾	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

IV. DANE DOTYCZĄCE
OSOBY UBEZPIECZONEJ

V. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko	03. Typ	04. Identyfikator
02. Imię pierwsze		

V. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia	02. Podstawa wymiaru składki
03. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika ²⁾	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

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS RZA	strona: 2	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE
-----------------------------------	---------	-----------	---

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 ²⁾		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	

VI. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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 ²⁾		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. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

VIII. 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

IX. ADNOTACJE ZUS

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

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

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE 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 / rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)	02. Numer REGON
03. Numer PESEL ¹⁾	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)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PŁATNIKA SKŁADEK

III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko			
02. Imię pierwsze		03. Typ	04. Identyfikator

**III. 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
Okres <input type="text"/> - <input type="text"/>					

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 / rrrr)	04. Do (dd / mm / rrrr)	05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat	06. Kwota zł, gr
Okres <input type="text"/> - <input type="text"/>					

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 / rrrr)	04. Do (dd / mm / rrrr)	05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat	06. Kwota zł, gr
Okres <input type="text"/> - <input type="text"/>					

V. DANE DOTYCZĄCE
OSOBY UBEZPIECZONEJ

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 / rrrr)	04. Do (dd / mm / rrrr)	05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat	06. Kwota zł, gr
Okres <input type="text"/> - <input type="text"/>					

VI. DANE DOTYCZĄCE
OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS RSA	strona: 2	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH I PRZERWACH W OPŁACANIU SKŁADEK
-----------------------------------	---------	-----------	--

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)

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

XII. ADNOTACJE ZUS

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

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS RPA	strona: 1	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O PRZYCHODACH UBEZPIECZONEGO/ OKRESACH PRACY NAUCZYCIELSKIEJ
--------------------------------	---------	-----------	--

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL ¹⁾

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)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

05. Kod tytułu ubezpieczenia

III. B. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, ALE NALEŻNEGO ZA INNY ROK KALENDARZOWY, KTÓRY STANOWIŁ PODSTAWĘ WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE

01. Przychód za rok <input type="text"/>	02. Kwota <input type="text"/>
03. Przychód za rok <input type="text"/>	04. Kwota <input type="text"/>
05. Przychód za rok <input type="text"/>	06. Kwota <input type="text"/>

III. C. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, ALE NALEŻNEGO ZA INNY ROK KALENDARZOWY, KTÓRY STANOWIŁ PODSTAWĘ WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE WYPADKOWE

01. Przychód za rok <input type="text"/>	02. Kwota <input type="text"/>
03. Przychód za rok <input type="text"/>	04. Kwota <input type="text"/>
05. Przychód za rok <input type="text"/>	06. Kwota <input type="text"/>

III. D. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, OBOK WYNAGRODZENIA ZA CZAS NIEZDOLNOŚCI DO PRACY, ZASIŁKU CHOROBOWEGO, MACIERZYŃSKIEGO, OPIEKUŃCZEGO, ŚWIADCZENIA REHABILITACYJNEGO, KTÓRY W OKRESIE POBIERANIA TEGO WYNAGRODZENIA LUB ZASIŁKU NIE STANOWIŁ PODSTAWY WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE

01. Kwota

III. E. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, OBOK WYNAGRODZENIA ZA CZAS NIEZDOLNOŚCI DO PRACY, ZASIŁKU CHOROBOWEGO, MACIERZYŃSKIEGO, OPIEKUŃCZEGO, ŚWIADCZENIA REHABILITACYJNEGO, KTÓRY W OKRESIE POBIERANIA TEGO WYNAGRODZENIA LUB ZASIŁKU NIE STANOWIŁ PODSTAWY WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE I KTÓRY JEST NALEŻNY ZA INNY ROK KALENDARZOWY

01. Przychód za rok <input type="text"/>	02. Kwota <input type="text"/>
03. Przychód za rok <input type="text"/>	04. Kwota <input type="text"/>
05. Przychód za rok <input type="text"/>	06. Kwota <input type="text"/>

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

ZUS

RPA

strona: 2

IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O PRZYCHODACH UBEZPIECZONEGO/
OKRESACH PRACY NAUCZYCIELSKIEJ

III. F. OKRESY WYKONYWANIA PRACY NAUCZYCIELSKIEJ²⁾

01. Okres od (dd / mm / rrrr)	02. Okres do (dd / mm / rrrr)	03. Wymiar zajęć
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
04. Okres od (dd / mm / rrrr)	05. Okres do (dd / mm / rrrr)	06. Wymiar zajęć
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

IV. OŚWIADCZENIE PLATNIKA 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 zatajenia prawdy.

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęć płatnika

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

²⁾ Okres wykonywania pracy nauczycielskiej w placówkach, o których mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 22 maja 2009 r. o nauczycielskich świadczeniach kompensacyjnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 128).

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
I. DANE ORGANIZACYJNE			
01. Termin przysyłania deklaracji i raportów	02. Identyfikator deklaracji (numer / mm / rrrr)	05. Znak i numer decyzji pokontrolnej	
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)	04. Nalepka „R”		
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK			
01. Numer NIP (wpisać bez kresek)	02. Numer REGON		
03. Numer PESEL ¹⁾	04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2		
06. Nazwa skrócona	05. Seria i numer dokumentu		
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 państwa ²⁾	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
	04. ubezpieczonych	05. ubezpieczonych	06. (p. 04 + p. 05)
	07. płatnika składek	08. płatnika składek	09. (p. 07 + p. 08)
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:	10. budżet państwa	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)
	19. Kwota składek na ubezpieczenie chorobowe	20. Kwota składek na ubezpieczenie wypadkowe	21. Suma kwot składek na ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe
	22. ubezpieczonych	23. ubezpieczonych	24. (p. 22 + p. 23)
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:	25. płatnika składek	26. płatnika składek	27. (p. 25 + p. 26)
	28. budżet państwa	29. budżet państwa	30. (p. 28 + p. 29)
	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)		
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	04. Kwota wypłaconych świadczeń finansowanych z FUS ³⁾	
02. Kwota wynagrodzenia należnego płatnikowi składek od wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego	05. Łączna kwota do potrącenia (p. 01 + p. 02 + p. 03 + p. 04)		

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

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

VI. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kwota należnych składek finansowana przez płatnika składek ⁴⁾	<input type="text"/>	zł, gr	05. Kwota należnych składek do przekazania przez płatnika składek (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 składek 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 FS ORAZ FGŚP

01. Kwota należnych składek na Fundusz Pracy i Fundusz Solidarnościowy ⁶⁾	<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 ⁷⁾	<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 składek lub osoby upoważnionej

03. Pieczęć płatnika składek

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 2019 r. poz. 1438, z późn. zm.)

XII. ADNOTACJE ZUS

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

2) 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 w dniu 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.

4) W polu tym należy także wykazać kwotę składek finansowanych z budżetu państwa, jeżeli dotację otrzymuje płatnik składek.

5) Za okres od 1 kwietnia 2003 r. płatnik składek nie ma prawa do wynagrodzenia za rozliczenie składek na ubezpieczenie zdrowotne.

6) Za okres od stycznia 2019 r. kwotę należnych składek stanowi suma stóp procentowych na Fundusz Pracy i Solidarnościowy Fundusz Wsparcia Osób Niepełnosprawnych, a od stycznia 2020 r. na Fundusz Pracy i Fundusz Solidarnościowy.

7) Kwota nadpłaty, zgodnie z art. 24 ust. 6a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 300, 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.

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS DRA cz. II	DEKLARACJA ROZLICZENIOWA cz. II DLA OSOBY FIZYCZNEJ WYKONUJĄCEJ DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ NA MNIJSZĄ SKALĘ, KTÓRA KORZYSTA Z OBNIŻENIA SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE I OPŁACA SKŁADKI WYŁĄCZNIE ZA SIEBIE
--------------------------------	-----------------------	--

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator deklaracji (numer)	02. Rok, na który jest ustalona podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe	05. Znak i numer decyzji pokontrolnej
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)	04. Nalepka „R”	

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)	02. Numer REGON
03. Numer PESEL ¹⁾	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. PODSTAWA WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE

01. Przychód z działalności gospodarczej za ubiegły rok kalendarzowy ²⁾ (p.IV.01 + p.IV.03 + p.IV.05)	03. Dochód z działalności gospodarczej za ubiegły rok kalendarzowy ³⁾ (p.IV.02 + p.IV.04 + p.IV.06)
02. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe	

IV. FORMA OPODATKOWANIA OBOWIĄZUJĄCA W UBIEGLYM ROKU KALENDARZOWYM ORAZ PRZYCHÓD I DOCHÓD⁴⁾

A. Karta podatkowa	
01. Kwota przychodu	02. Kwota dochodu ⁵⁾
B. Ryczałt od przychodów ewidencjonowanych	
03. Kwota przychodu	04. Kwota dochodu ⁵⁾
C. Opodatkowanie na zasadach ogólnych (podatek według skali lub podatek liniowy)	
05. Kwota przychodu	06. Kwota dochodu

V. 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. Pieczęćka płatnika
--	------------------------

VI. ADNOTACJE ZUS

1) Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.
 2) W polu tym wykaż roczny przychód z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej w ubiegłym roku kalendarzowym.
 3) W polu tym wykaż roczny dochód z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej w ubiegłym roku kalendarzowym.
 4) W bloku tym wskaż właściwą lub właściwe dla siebie formy opodatkowania z ubiegłego roku kalendarzowego.
 5) W polu tym wykaż kwotę odpowiadającą połowie kwoty przychodu.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH strona: 1 **INFORMACJA MIESIĘCZNA DLA OSOBY UBEZPIECZONEJ**

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP
 02. Numer REGON
 03. Numer PESEL¹⁾
 04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2
 05. Seria i numer dokumentu
 06. Nazwisko
 07. Imię pierwsze
 08. Nazwa skrócona
 09. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko
 02. Imię pierwsze
 03. Typ
 04. Identyfikator

III. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia
 02. Kod NFZ
 03. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe
 04. Wymiar czasu

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBY	WYPADKOWE
05. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	06. zł; gr	07. zł; gr	08. zł; gr	09. zł; gr
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:				
ubezpieczonych	10. zł; gr	11. zł; gr	12. zł; gr	13. zł; gr
płatnika składek	14. zł; gr	15. zł; gr	16. zł; gr	17. zł; gr
budżet państwa	18. zł; gr	19. zł; gr	20. zł; gr	21. zł; gr
PFRON ²⁾	22. zł; gr	23. zł; gr	24. zł; gr	25. zł; gr
Fundusz Kościelny	26. zł; gr	27. zł; gr	28. zł; gr	29. zł; gr

30. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego zł; gr

31. Kwota wpłaty w ramach pracowniczego planu kapitałowego finansowana przez płatnika składek zł; gr

32. Łączna kwota składek (suma od p. 08 do p. 27) zł; gr

III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Podstawa wymiaru składki zł; gr

02. Kwota należnej składki finansowanej przez płatnika składek³⁾ zł; gr

03. Kwota należnej składki finansowanej przez ubezpieczonego zł; gr

04. Kwota należnej składki finansowanej z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS zł; gr

05. Kwota należnej składki finansowanej przez Fundusz Kościelny zł; gr

III. D. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ I WYGNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBY ORAZ RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK

01. Kod świadczenia / przerwy
 02. Okres od-do (dd/mm/rrrr)
 03. Liczba dni zasiłkowych / wypłat
 04. Kwota zł; gr

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

III. E. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, ALE NALEŻNEGO ZA INNY ROK KALENDARZOWY, KTÓRY STANOWIŁ PODSTAWĘ WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE

01. Przychód za rok 	02. Kwota
03. Przychód za rok 	04. Kwota
05. Przychód za rok 	06. Kwota

III. F. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, ALE NALEŻNEGO ZA INNY ROK KALENDARZOWY, KTÓRY STANOWIŁ PODSTAWĘ WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE WYPADKOWE

01. Przychód za rok 	02. Kwota
03. Przychód za rok 	04. Kwota
05. Przychód za rok 	06. Kwota

III. G. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, OBOK WYNAGRODZENIA ZA CZAS NIEZDOLNOŚCI DO PRACY, ZASIŁKU CHOROBOWEGO, MACIERZYŃSKIEGO, OPIEKUŃCZEGO, ŚWIADCZENIA REHABILITACYJNEGO, KTÓRY W OKRESIE POBIERANIA TEGO WYNAGRODZENIA LUB ZASIŁKU NIE STANOWIŁ PODSTAWY WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE

01. Kwota

III. H. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, OBOK WYNAGRODZENIA ZA CZAS NIEZDOLNOŚCI DO PRACY, ZASIŁKU CHOROBOWEGO, MACIERZYŃSKIEGO, OPIEKUŃCZEGO, ŚWIADCZENIA REHABILITACYJNEGO, KTÓRY W OKRESIE POBIERANIA TEGO WYNAGRODZENIA LUB ZASIŁKU NIE STANOWIŁ PODSTAWY WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE I KTÓRY JEST NALEŻNY ZA INNY ROK KALENDARZOWY

01. Przychód za rok 	02. Kwota
03. Przychód za rok 	04. Kwota
05. Przychód za rok 	06. Kwota

III. I. OKRESY WYKONYWANIA PRACY NAUCZYCIELSKIEJ⁴⁾

01. Okres od (dd / mm / rrrr) 	02. Okres do (dd / mm / rrrr) 	03. Wymiar zajęć
04. Okres od (dd / mm / rrrr) 	05. Okres do (dd / mm / rrrr) 	06. Wymiar zajęć

IV. 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 składek lub osoby przez niego upoważnionej oraz pieczęć adresowa płatnika składek

⁴⁾ Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.

²⁾ 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 raporcie za ten okres, złożonym nie później niż w dniu 30 czerwca 2008 r.

³⁾ W tym polu należy także wykazać kwotę składki finansowaną z budżetu państwa, jeśli dotację otrzymuje płatnik składek.

⁴⁾ Okres wykonywania pracy nauczycielskiej w placówkach, o których mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 22 maja 2009 r. o nauczycielskich świadczeniach kompensacyjnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 128).

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH strona: 1 **INFORMACJA ROCZNA DLA OSOBY UBEZPIECZONEJ**

I. DANE ORGANIZACYJNE
01. Identyfikator raportu (numer/rrrrr) []

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP [] 02. Numer REGON []

03. Numer PESEL ¹⁾ [] 04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2 [] 05. Seria i numer dokumentu []

06. Nazwisko [] 07. Imię pierwsze []

08. Nazwa skrócona [] 09. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) []

III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko []

02. Imię pierwsze [] 03. Typ [] 04. Identyfikator []

OKRES ROZLICZENIOWY [] (mm/rrrr)

III. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia [] 02. Kod NFZ [] 03. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe [] 04. Wymiar czasu []

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBIOWE	WYPADKOWE
PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	05. [] zł, [] gr		06. [] zł, [] gr	07. [] zł, [] gr
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:				
ubezpieczonych	08. [] zł, [] gr	09. [] zł, [] gr	10. [] zł, [] gr	11. [] zł, [] gr
płatnika składek	12. [] zł, [] gr	13. [] zł, [] gr	14. [] zł, [] gr	15. [] zł, [] gr
budżet państwa	16. [] zł, [] gr	17. [] zł, [] gr	18. [] zł, [] gr	19. [] zł, [] gr
PFRON ²⁾	20. [] zł, [] gr	21. [] zł, [] gr	22. [] zł, [] gr	23. [] zł, [] gr
Fundusz Kościelny	24. [] zł, [] gr	25. [] zł, [] gr	26. [] zł, [] gr	27. [] zł, [] gr

28. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego [] zł, [] gr

29. Kwota wpłaty w ramach pracowniczego planu kapitałowego finansowana przez płatnika składek [] zł, [] gr 30. Łączna kwota składek (suma od p. 08 do p. 27) [] zł, [] gr

III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Podstawa wymiaru składki [] zł, [] gr

02. Kwota należnej składki finansowanej przez płatnika składek ³⁾ [] zł, [] gr 04. Kwota należnej składki finansowanej z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS [] zł, [] gr

03. Kwota należnej składki finansowanej przez ubezpieczonego [] zł, [] gr 05. Kwota należnej składki finansowanej przez Fundusz Kościelny [] zł, [] gr

III. D. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ I WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBIOWEJ ORAZ RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK

01. Kod świadczenia / przerwy [] 02. Okres od-do (dd/mm/rrrr) [] - []

03. Liczba dni zasiłkowych / wypłat [] 04. Kwota [] zł, [] gr

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

III. E. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, ALE NALEŻNEGO ZA INNY ROK KALENDARZOWY, KTÓRY STANOWIŁ PODSTAWĘ WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE

01. Przychód za rok 	02. Kwota
03. Przychód za rok 	04. Kwota
05. Przychód za rok 	06. Kwota

III. F. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, ALE NALEŻNEGO ZA INNY ROK KALENDARZOWY, KTÓRY STANOWIŁ PODSTAWĘ WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE WYPADKOWE

01. Przychód za rok 	02. Kwota
03. Przychód za rok 	04. Kwota
05. Przychód za rok 	06. Kwota

III. G. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, OBOK WYNAGRODZENIA ZA CZAS NIEZDOLNOŚCI DO PRACY, ZASIŁKU CHOROBOWEGO, MACIERZYŃSKIEGO, OPIEKUNTCZEGO, ŚWIADCZENIA REHABILITACYJNEGO, KTÓRY W OKRESIE POBIERANIA TEGO WYNAGRODZENIA LUB ZASIŁKU NIE STANOWIŁ PODSTAWY WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE

01. Kwota

III. H. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, OBOK WYNAGRODZENIA ZA CZAS NIEZDOLNOŚCI DO PRACY, ZASIŁKU CHOROBOWEGO, MACIERZYŃSKIEGO, OPIEKUNTCZEGO, ŚWIADCZENIA REHABILITACYJNEGO, KTÓRY W OKRESIE POBIERANIA TEGO WYNAGRODZENIA LUB ZASIŁKU NIE STANOWIŁ PODSTAWY WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE I KTÓRY JEST NALEŻNY ZA INNY ROK KALENDARZOWY

01. Przychód za rok 	02. Kwota
03. Przychód za rok 	04. Kwota
05. Przychód za rok 	06. Kwota

III. I. OKRESY WYKONYWANIA PRACY NAUCZYCIELSKIEJ⁴⁾

01. Okres od (dd / mm / rrrr) 	02. Okres do (dd / mm / rrrr) 	03. Wymiar zajęć
04. Okres od (dd / mm / rrrr) 	05. Okres do (dd / mm / rrrr) 	06. Wymiar zajęć

IV. 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 składek lub osoby przez niego upoważnionej oraz pieczęć adresowa płatnika składek

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 raporcie za ten okres, złożonym nie później niż w dniu 30 czerwca 2008 r.

³⁾ W tym polu należy także wykazać kwotę składki finansowaną z budżetu państwa, jeśli dotację otrzymuje płatnik składek.

⁴⁾ Okres wykonywania pracy nauczycielskiej w placówkach, o których mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 22 maja 2009 r. o nauczycielskich świadczeniach kompensacyjnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 128).

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS OSW	OŚWIADCZENIE O ZAMIARZE PRZEKAZANIA RAPORTÓW INFORMACYJNYCH
-----------------------------------	----------------	--

I. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK	I. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK		
	01. Numer NIP (wpisać bez kresek)	02. Numer REGON	
	03. Numer PESEL ¹⁾	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)

II. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK	
01. Oświadczam, że zamierzam przekazać raporty informacyjne ²⁾ - jeśli TAK , wpisz X	<input type="checkbox"/>
02. Odwołuję oświadczenie o zamiarze przekazania raportów informacyjnych ³⁾ - jeśli TAK , wpisz X	<input type="checkbox"/>

III. DATA WYPEŁNIENIA OŚWIADCZENIA	
01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)	
<p>Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.</p>	
02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej	03. Pieczęćka płatnika

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

²⁾ Zgodnie z art. 41a ust. 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1778, z późn. zm.) złożenie oświadczenia powoduje obowiązek przekazania raportów informacyjnych za wszystkich ubezpieczonych.

³⁾ Zgodnie z art. 41a ust. 3 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1778, z późn. zm.) oświadczenie można odwołać do czasu złożenia pierwszego raportu informacyjnego.

ROZDZIAŁ VII

Kody wykorzystywane przy wypełnianiu dokumentów ubezpieczeniowych

Stan na styczeń 2019 r.

I. KOD TYTUŁU UBEZPIECZENIA –

składa się z 6 znaków oznaczających:

- 1) podmiot podstawowy wraz z rozszerzeniem (4 znaki),
- 2) ustalone bądź nieustalone prawo do emerytury lub renty (1 znak),
- 3) stopień niepełnosprawności (1 znak).

1. Podmiot podstawowy wraz z rozszerzeniem:

- | | |
|--|---|
| <p>01 10 → pracownik podlegający ubezpieczeniom społecznym i ubezpieczeniu zdrowotnemu,</p> <p>01 11 → pracownik podlegający ubezpieczeniom społecznym i z mocy przepisów szczególnych niepodlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu,</p> <p>01 12 → osoba pobierająca świadczenie szkoleniowe wypłacane po ustaniu zatrudnienia,</p> <p>01 13 → pracownik, za którego płatnik składek skorzystał z dofinansowania składek na ubezpieczenia społeczne ze środków budżetu państwa i Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie art. 25 ust. 2, 3 lub 3a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, w brzmieniu obowiązującym do 1 stycznia 2008 r., a obecnie ma obowiązek dopłaty składek i przekazuje po 30 czerwca 2008 r. dokumenty rozliczeniowe korygujące za okres do grudnia 2007 r.,</p> <p>01 20 → pracownik młodociany,</p> <p>01 24 → były pracownik mianowany lub były urzędnik służby cywilnej, z którym został rozwiązany stosunek pracy, pobierający świadczenie pieniężne za okres po ustaniu zatrudnienia,</p> <p>01 25 → pracownik podlegający ubezpieczeniom społecznym i ubezpieczeniu zdrowotnemu, opłacający składki na własne ubezpieczenia w przypadku określonym w art. 109 rozporządzenia Rady (EWG) nr 574/72 z dnia 21 marca 1972 r. w sprawie wykonywania rozporządzenia Rady (EWG) nr 1408/71 w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Dz. Urz. WE L 74 z 27.03.1972, str. 1 z późn. zm.,</p> | <p>Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 05, t. 1, str. 83), zwanego dalej rozporządzeniem Rady (EWG) nr 574/72 albo w art. 21 ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczącego wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. UE L 284 z 30.10.2009, str. 1, z późn. zm.), zwanego dalej rozporządzeniem Rady (WE) nr 987/2009,</p> <p>01 26 → pracownik podlegający ubezpieczeniom społecznym i z mocy przepisów szczególnych niepodlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu, opłacający składki na własne ubezpieczenia w przypadku określonym w art. 109 rozporządzenia Rady (EWG) nr 574/72 albo w art. 21 ust. 2 rozporządzenia Rady (WE) nr 987/2009,</p> <p>02 00 → osoba wykonująca pracę nakładczą,</p> <p>02 13 → osoba wykonująca pracę nakładczą, za którą płatnik składek skorzystał z dofinansowania składek na ubezpieczenia społeczne ze środków budżetu państwa i Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie art. 25 ust. 2, 3 lub 3a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, w brzmieniu obowiązującym do 1 stycznia 2008 r., a obecnie ma obowiązek dopłaty składek i przekazuje po 30 czerwca 2008 r. dokumenty rozliczeniowe korygujące za okres do grudnia 2007 r.,</p> <p>03 10 → członek rolniczej spółdzielni produkcyjnej, spółdzielni kółek rolniczych lub innej spółdzielni zajmującej się produkcją rolną,</p> <p>03 20 → osoba wykonująca pracę w spółdzielni lub w gospodarstwie rolnym spółdzielni na innej podstawie niż stosunek pracy, niebędąca jej członkiem i wynagradzana według zasad obowiązujących członków spółdzielni, w tym kandydat na członka spółdzielni,</p> <p>04 11 → osoba wykonująca umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług,</p> <p>04 17 → osoba wykonująca umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług, z mocy przepisów szczególnych niepodlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu,</p> |
|--|---|

- 04 21 → osoba współpracująca z osobą wykonującą umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług,
- 04 24 → osoba współpracująca z osobą wykonującą umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług z mocy przepisów szczególnych niepodlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu,
- 04 26 → osoba wykonująca umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług, opłacająca składki na własne ubezpieczenia w przypadku określonym w art. 109 rozporządzenia Rady (EWG) nr 574/72 albo w art. 21 ust. 2 rozporządzenia Rady (WE) nr 987/2009,
- 04 28 → osoba wykonująca umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług, z mocy przepisów szczególnych niepodlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu, opłacająca składki na własne ubezpieczenia w przypadku określonym w art. 109 rozporządzenia Rady (EWG) nr 574/72 albo w art. 21 ust. 2 rozporządzenia Rady (WE) nr 987/2009,
- 04 30 → osoba sprawująca opiekę nad dziećmi w wieku do lat 3 na podstawie umowy uaktywniającej, której składki finansuje budżet państwa,
- 04 31 → osoba sprawująca opiekę nad dziećmi w wieku do lat 3 na podstawie umowy uaktywniającej, dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia stanowi nadwyżka ponad kwotę, od której składki finansuje budżet państwa,
- 05 10 → osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą na podstawie przepisów o działalności gospodarczej lub innych przepisów szczególnych niemająca ustalonego prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 60% kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia, osoba prowadząca niepubliczną bądź publiczną szkołę, placówkę lub ich zespół na podstawie przepisów o systemie oświaty oraz osoba prowadząca pozarolniczą działalność w zakresie wolnego zawodu,
- 05 11 → osoba współpracująca z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność oraz z osobą fizyczną, o której mowa w art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców,
- 05 12 → osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą na podstawie przepisów o działalności gospodarczej lub innych przepisów szczególnych mająca ustalone prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy, dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 60% kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia,
- 05 13 → osoba niepełnosprawna, która po raz pierwszy podjęta prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej i skorzystała z dofinansowania składek na ubezpieczenia społeczne ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie art. 25 ust. 3b ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, w brzmieniu obowiązującym do 1 stycznia 2008 r., a obecnie ma obowiązek dopłaty składek i przekazuje po 30 czerwca 2008 r. dokumenty rozliczeniowe korygujące za okres do grudnia 2007 r.,
- 05 20 → twórca,
- 05 30 → artysta,
- 05 40 → osoba niepodlegająca ubezpieczeniom społecznym i podlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu, zgodnie z art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców,
- 05 43 → wspólnik jednoosobowej spółki z ograniczoną odpowiedzialnością oraz wspólnicy spółki jawnej, komandytowej lub partnerskiej,
- 05 44 → osoba prowadząca pozarolniczą działalność, z mocy przepisów szczególnych niepodlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu,
- 05 45 → osoba współpracująca z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność, z mocy przepisów szczególnych niepodlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu,
- 05 70 → osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą niemająca ustalonego prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 30% kwoty minimalnego wynagrodzenia,
- 05 72 → osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą mająca ustalone prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy, dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 30% kwoty minimalnego wynagrodzenia,
- 05 80 → osoba prowadząca pozarolniczą działalność, której zasiłek macierzyński nie przekracza kwoty świadczenia rodzicielskiego,
- 05 81 → osoba współpracująca z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność, której zasiłek macierzyński nie przekracza kwoty świadczenia rodzicielskiego,
- 05 90 → osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą niemająca ustalonego prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, dla której podstawą wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne uzależniona jest od dochodu,
- 05 92 → osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą mająca ustalone prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy, dla której podstawą wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne uzależniona jest od dochodu,
- 06 10 → poseł lub senator pobierający uposażenie,
- 07 10 → stypendysta sportowy pobierający stypendium i podlegający z tego tytułu ubezpieczeniom społecznym oraz ubezpieczeniu zdrowotnemu albo wyłącznie ubezpieczeniu zdrowotnemu,
- 07 20 → stypendysta sportowy pobierający stypendium i podlegający z tego tytułu wyłącznie ubezpieczeniom społecznym,
- 08 00 → osoba wykonująca odpłatnie pracę na podstawie skierowania do pracy w czasie odbywania kary pozbawienia wolności lub tymczasowego aresztowania,
- 09 10 → osoba bezrobotna pobierająca zasiłek dla bezrobotnych, osoba pobierająca świadczenie integracyjne,
- 09 11 → osoba bezrobotna niepobierająca zasiłku dla bezrobotnych lub stypendium,
- 09 20 → osoba pobierająca stypendium w okresie odbywania szkolenia, stażu lub przygotowania zawodowego dorosłych, na które została skierowana przez powiatowy urząd pracy lub inny niż powiatowy urząd pracy podmiot

 kierujący oraz osoba pobierająca stypendium w okresie odbywania studiów podyplomowych,	ze służby lub utratą prawa do emerytury bądź renty,
09 40 →	osoba zamieszkała w Rzeczypospolitej Polskiej pobierająca zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne,	12 11 → osoba przebywająca na urlopie wychowawczym,
09 41 →	osoba pobierająca zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne, zamieszkała w innym niż Rzeczypospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA),	12 40 → osoba pobierająca zasiłek macierzyński,
10 10 →	duchowny, nieprowadzący pozarolniczej działalności gospodarczej, opłacający składkę od minimalnej podstawy wymiaru,	13 10 → osoba, która na podstawie odrębnych przepisów lub układów zbiorowych pracy pobiera świadczenie socjalne wypłacane w czasie urlopu innego niż kolejowy,
10 11 →	duchowny, nieprowadzący pozarolniczej działalności gospodarczej, opłacający składkę od minimalnej podstawy oraz od zadeklarowanej nadwyżki ponad minimalną podstawę wymiaru, nałożą za okres do 31 marca 2004 r.,	13 20 → osoba pobierająca zasiłek socjalny na czas przekwalifikowania zawodowego i poszukiwania nowego zatrudnienia,
10 12 →	duchowny, nieprowadzący pozarolniczej działalności gospodarczej, opłacający składkę od zadeklarowanej nadwyżki ponad minimalną podstawę wymiaru,	13 21 → osoba, która na podstawie odrębnych przepisów lub układów zbiorowych pracy pobiera świadczenie socjalne wypłacane w czasie urlopu kolejowego,
10 20 →	duchowny, nieprowadzący pozarolniczej działalności gospodarczej, będący członkiem zakonu kontemplacyjno-klauzurnego lub misjonarzem, opłacający składkę od minimalnej podstawy wymiaru,	13 22 → osoba pobierająca świadczenie socjalne w okresie zwolnienia z obowiązku świadczenia pracy,
10 50 →	alumn seminarium duchownego, nowicjusz, postulant i juniorysta, podlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu,	14 22 → świadczeniobiorca, za którego jednostka organizacyjna pomocy społecznej albo wójt, burmistrz lub prezydent miasta ma obowiązek opłacać składki,
11 10 →	żołnierz niezawodowy w służbie czynnej,	18 11 → student lub uczestnik studiów doktoranckich, za którego szkoła wyższa lub jednostka organizacyjna prowadząca studia doktoranckie jest obowiązana do opłacania składek na ubezpieczenie zdrowotne,
11 11 →	osoba odbywająca służbę zastępczą,	18 12 → doktorant, podlegający z tego tytułu ubezpieczeniu społecznemu oraz ubezpieczeniu zdrowotnemu,
11 12 →	osoba odbywająca nadterminową zasadniczą służbę wojskową,	18 13 → doktorant, podlegający z tego tytułu ubezpieczeniu społecznemu, niepodlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu,
11 13 →	osoba odbywająca okresową służbę wojskową,	18 30 → słuchacz Krajowej Szkoły Administracji Publicznej im. Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Lecha Kaczyńskiego,
11 14 →	funkcjonariusz w służbie kandydackiej oraz kandydat na żołnierza zawodowego,	19 00 → osoba podlegająca dobrowolnie ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym, na podstawie art. 7 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych,
11 20 →	żołnierz zawodowy,	19 10 → osoba podlegająca dobrowolnie ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym w okresie zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej,
11 30 →	funkcjonariusz Policji,	20 10 → sędzia,
11 31 →	funkcjonariusz Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Agencji Wywiadu,	20 20 → prokurator, ławnik sądowy, aplikant Krajowej Szkoły Sądownictwa i Prokuratury,
11 32 →	funkcjonariusz Straży Granicznej,	20 30 → sędzia lub prokurator, za którego jest obowiązek opłacenia składek na ubezpieczenia społeczne w związku z rozwiązaniem lub wygaśnięciem stosunku służbowego,
11 33 →	funkcjonariusz Państwowej Straży Pożarnej,	21 10 → dziecko lub uczeń niepodlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu,
11 34 →	funkcjonariusz Służby Celno-Scarbowej,	21 20 → słuchacz zakładu kształcenia nauczycieli niepodlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu,
11 35 →	funkcjonariusz Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Służby Ochrony Państwa albo Straży Marszałkowskiej,	22 10 → kombatant, za którego składki na ubezpieczenie zdrowotne ma obowiązek opłacać Urząd do spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych,
11 40 →	funkcjonariusz Służby Więziennej,	22 30 → osoba podlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu uprawnienia do świadczeń alimentacyjnych na podstawie ugody sądowej lub prawomocnego orzeczenia sądu,
11 50 →	osoba w stanie spoczynku pobierająca uposażenie,	
11 51 →	osoba pobierająca uposażenie rodzinne,	
11 52 →	osoba pobierająca uposażenie po zwolnieniu ze służby lub świadczenia pieniężne o takim samym charakterze,	
11 53 →	żołnierz lub funkcjonariusz, za którego jest obowiązek opłacenia składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe w związku ze zwolnieniem	

22 40 → członek rady nadzorczej, podlegający z tego tytułu wyłącznie ubezpieczeniu zdrowotnemu,	2 → osoba, która ma ustalone prawo do renty.
22 41 → członek rady nadzorczej, podlegający z tego tytułu ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym oraz ubezpieczeniu zdrowotnemu,	
22 42 → członek rady nadzorczej, podlegający z tego tytułu ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym, niepodlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu,	
24 10 → osoba objęta dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym lub wolontariusz, niepodlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu, za którego składkę na ubezpieczenie zdrowotne dobrowolnie finansuje korzystający, o którym mowa w przepisach o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie,	
25 00 → emeryt lub rencista, lub osoba pobierająca rodzicielskie świadczenie uzupełniające zamieszkała w Rzeczypospolitej Polskiej, których składka na ubezpieczenie zdrowotne finansowana jest przez świadczeniobiorcę,	
25 01 → emeryt lub rencista zamieszkały w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), którego składka na ubezpieczenie zdrowotne finansowana jest przez świadczeniobiorcę,	
25 10 → emeryt lub rencista zamieszkały w Rzeczypospolitej Polskiej, którego składka na ubezpieczenie zdrowotne jest finansowana z budżetu państwa,	
25 11 → emeryt lub rencista zamieszkały w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), którego składka na ubezpieczenie zdrowotne finansowana jest z budżetu państwa,	
26 00 → osoba pobierająca nauczycielskie świadczenie kompensacyjne zamieszkała w Rzeczypospolitej Polskiej,	
26 01 → osoba pobierająca nauczycielskie świadczenie kompensacyjne zamieszkała w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA),	
27 00 → osoba pobierająca emeryturę pomostową zamieszkała w Rzeczypospolitej Polskiej,	
27 01 → osoba pobierająca emeryturę pomostową zamieszkała w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA),	
30 00 → osoba, za którą należy rozliczyć i opłacić składki lub należne świadczenia w dokumentach rozliczeniowych składanych nie wcześniej niż za następny miesiąc, po ustaniu tytułu do ubezpieczeń,	
50 00 → inny tytuł do ubezpieczeń.	
2. Ustalone bądź nieustalone prawo do emerytury lub renty:	
0 → osoba, która nie ma ustalonego prawa do emerytury lub renty,	
1 → osoba, która ma ustalone prawo do emerytury,	
2 → osoba, która ma ustalone prawo do renty.	
3. Stopień niepełnosprawności:	
0 → osoba nieposiadająca orzeczenia o niepełnosprawności lub osoba, która posiada orzeczenie i nie przedłożyła go płatnikowi składek,	
1 → osoba, która przedłożyła płatnikowi składek orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności,	
2 → osoba, która przedłożyła płatnikowi składek orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,	
3 → osoba, która przedłożyła płatnikowi składek orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności,	
4 → osoba, która przedłożyła płatnikowi orzeczenie o niepełnosprawności wydawane osobom do 16 roku życia.	
II. KOD STOPNIA POKREWIEŃSTWA/POWINOWACTWA – składa się z 2 znaków:	
01 → małżonek,	
11 → dziecko własne, przysposobione lub dziecko małżonka,	
21 → wnuk albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej lub rodzinnego domu dziecka,	
30 → matka,	
31 → ojciec,	
32 → macocha,	
33 → ojczym,	
40 → babka,	
41 → dziadek,	
50 → osoby przysposabiające osoby ubezpieczone,	
60 → inni wstępni pozostający z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.	
III. KOD PRACY W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH – składa się z 3 znaków zgodnych z załącznikiem nr 1 do ustawy z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych, z których:	
	– w polu pierwszym należy wpisać numer załącznika (1),
	– w polu drugim i trzecim należy wpisać numer rodzaju pracy:
01 → prace bezpośrednio przy przeróbce mechanicznej węgla oraz rud metali lub ich wzbogacaniu,	
02 → prace udostępniające lub eksploatacyjne związane z urabianiem minerałów skalnych,	
03 → prace pod ziemią bezpośrednio przy drążeniu tuneli w górotworze,	
04 → prace bezpośrednio przy zalewaniu form odlewniczych, transportowaniu naczyń odlewniczych z płynnym, rozgrzanym materiałem (żeliwo, staliwo, metale nieżelazne i ich stopy),	
05 → prace bezpośrednio przy ręcznej obróbce wykańczającej odlewy: usuwanie elementów układu	

- wlewowego, ścinanie, szlifowanie powierzchni odlewów oraz ich malowanie na gorąco,
- 06 → prace bezpośrednio przy obsłudze wielkich pieców oraz pieców stalowniczych lub odlewniczych,
- 07 → prace murarskie bezpośrednio w piecach hutniczych, odlewniczych, bateriach koksowniczych oraz w piecach do produkcji materiałów ceramicznych,
- 08 → prace bezpośrednio przy ręcznym zestawianiu surowców lub ręcznym formowaniu wyrobów szklanych w hutnictwie szkła,
- 09 → prace bezpośrednio przy kuciu ręcznym w kuźniach,
- 10 → prace bezpośrednio przy obsłudze agregatów i urządzeń do produkcji metali nieżelaznych,
- 11 → prace bezpośrednio przy obsłudze ciągów walcowniczych: przygotowanie, dozowanie pracy walców lub samotoków, ingerencja przy wypadaniu i zaklinowaniu materiałów,
- 12 → prace przy obsłudze dźwignic bezpośrednio przy wytapianiu surowki, stopów żelaza lub metali nieżelaznych,
- 13 → prace bezpośrednio przy produkcji koksu w bateriach koksowniczych,
- 14 → prace bezpośrednio przy wypychaniu koksu z baterii koksowniczych, gaszeniu lub sortowaniu koksu,
- 15 → prace bezpośrednio przy produkcji materiałów formierskich lub izolacyjno-egzotermicznych używanych w odlewnictwie i hutnictwie,
- 16 → prace bezpośrednio przy ręcznym załadunku lub wyładunku pieców komorowych wyrobami ogniotrwałymi,
- 17 → prace bezpośrednio przy ręcznym załadunku lub rozładunku gorących wyrobów ceramicznych,
- 18 → prace bezpośrednio przy formowaniu wyrobów ogniotrwałych wielkogabarytowych przy użyciu ręcznych narzędzi wibracyjnych,
- 19 → prace przy ręcznym formowaniu, odlewaniu, czyszczeniu lub szklwieniu wyrobów ceramicznych,
- 20 → prace nurka lub kesoniarza, prace w komorach hiperbarycznych,
- 21 → prace fizyczne ciężkie bezpośrednio przy przeladunku w ładowniach statku,
- 22 → prace rybaków morskich,
- 23 → prace na statkach żeglugi morskiej,
- 24 → prace na morskich platformach wiertniczych,
- 25 → prace w powietrzu wykonywane na statkach powietrznych przez personel pokładowy,
- 26 → prace bezpośrednio przy obsłudze urządzeń wiertniczych i wydobywczych przy poszukiwaniu złóż ropy naftowej lub gazu ziemnego,
- 27 → prace bezpośrednio przy obróbce odwiertów w górnictwie otworowym: ropy naftowej lub gazu ziemnego,
- 28 → prace bezpośrednio przy spawaniu łukowym lub cięciu termicznym w pomieszczeniach o bardzo małej kubaturze, z utrudnioną wentylacją (podwójne dna statków, zbiorniki, rury itp.),
- 29 → prace bezpośrednio przy malowaniu, nitowaniu lub montowaniu elementów wyposażenia w pomieszczeniach o bardzo małej kubaturze z utrudnioną wentylacją (podwójne dna statków, zbiorniki, rury itp.),
- 30 → prace wewnątrz cystern, kotłów, a także zbiorników o bardzo małej kubaturze po substancjach niebezpiecznych,
- 31 → prace przy ręcznym układaniu na gorąco nawierzchni z mieszanek mineralno-bitumicznych,
- 32 → prace bezpośrednio przy przetwórstwie materiałów zawierających azbest lub prace rozbiórkowe związane z ich usuwaniem,
- 33 → prace garbarskie bezpośrednio przy obróbce mokrych skór,
- 34 → prace bezpośrednio przy zrywce lub ręcznej ścince drzew przenośną pilarką z piłą łańcuchową,
- 35 → prace w pomieszczeniach o narzuconej technologii temperaturze powietrza poniżej 0°C,
- 36 → prace fizyczne ciężkie w podziemnych kanałach ściekowych,
- 37 → prace tancerzy zawodowych związane z bardzo ciężkim wysiłkiem fizycznym,
- 38 → prace przy wywozie nieczystości stałych i płynnych oraz prace na wysypiskach i wylewiskach nieczystości związane z bardzo ciężkim wysiłkiem fizycznym,
- 39 → prace przy kuciu ręcznym w kuźniach przemysłowych oraz obsłudze młotów mechanicznych,
- 40 → prace przy produkcji węglików spiekanych, elektrod, rud i walczków oraz żelazostopów.
- IV. KOD PRACY O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE –**
składa się z 3 znaków zgodnych z załącznikiem nr 2 do ustawy z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych, z których:
– w polu pierwszym należy wpisać numer załącznika (2),
– w polu drugim i trzecim należy wpisać numer rodzaju pracy:
- 01 → prace pilotów statków powietrznych (pilot, instruktor),
- 02 → prace kontrolerów ruchu lotniczego,
- 03 → prace mechaników lotniczych związane z bezpośrednią obsługą potwierdzającą bezpieczeństwo statków powietrznych na płycie lotniska,
- 04 → prace nawigatorów na statkach morskich oraz pilotów morskich,
- 05 → prace maszynistów pojazdów trakcyjnych (maszynista pojazdów trakcyjnych, maszynista instruktor, maszynista zakładowy, maszynista wieloczynnościowych i ciężkich maszyn do kolejowych robót budowlanych i kolejowej sieci trakcyjnej, kierowca lokomotywy spalinowej o mocy do 300 KM, pomocnik maszynisty pojazdów trakcyjnych) i kierowników pociągów,

- 06 → prace bezpośrednio przy ustawianiu drogi przebiegu pociągów i pojazdów metra (dyżurny ruchu, nastawniczy, manewrowy, ustawiacz, zwrotniczy, rewident taboru bezpośrednio potwierdzający bezpieczeństwo pociągu, dyspozytor ruchu metra, dyżurny ruchu i stacji metra),
- 07 → prace funkcjonariuszy straży ochrony kolei,
- 08 → prace kierowców autobusów, trolejbusów oraz motorniczych tramwajów w transporcie publicznym,
- 09 → prace kierowców pojazdów uprzywilejowanych,
- 10 → prace kierowców pojazdów przewożących towary niebezpieczne wymagające oznakowania pojazdu tablicą ostrzegawczą barwy pomarańczowej, zgodnie z przepisami Umowy europejskiej dotyczącej międzynarodowego przewozu drogowego towarów niebezpiecznych (ADR), sporządzonej w Genewie dnia 30 września 1957 r.,
- 11 → prace operatorów reaktorów jądrowych,
- 12 → prace operatorów żurawi wieżowych, do obsługi których są wymagane uprawnienia kategorii IŻ lub równorzędne, oraz dźwignic portowych lub stoczniowych,
- 13 → prace przy bezpośrednim sterowaniu procesami technologicznymi mogącymi stwarzać zagrożenie wystąpienia poważnej awarii przemysłowej ze skutkami dla bezpieczeństwa publicznego,
- 14 → prace przy bezpośrednim sterowaniu procesami technicznymi mogącymi spowodować awarię techniczną z poważnymi skutkami dla bezpieczeństwa publicznego,
- 15 → prace bezpośrednio przy produkcji materiałów wybuchowych, środków strzałowych, wyrobów pirotechnicznych oraz ich konfekcjonowaniu,
- 16 → prace bezpośrednio przy sterowaniu blokami energetycznymi wytwarzającymi energię elektryczną lub ciepłą,
- 17 → prace elektromonterów bezpośrednio przy usuwaniu awarii oraz eksploatacji napowietrznych sieci elektroenergetycznych w warunkach prac pod napięciem,
- 18 → prace członków zespołów ratownictwa medycznego,
- 19 → prace członków zawodowych ekip ratownictwa (chemicznego, górskiego, morskiego, górnictwa otworowego),
- 20 → prace pracowników jednostek ochrony przeciwpożarowej, o których mowa w art. 15 pkt 1a-5 i 8 ustawy z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej, uczestniczących bezpośrednio w akcjach ratowniczych,
- 21 → prace nauczycieli, wychowawców i innych pracowników pedagogicznych zatrudnionych w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych, młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, ośrodkach szkolno-wychowawczych, schroniskach dla nieletnich oraz zakładach poprawczych, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich,
- 22 → prace personelu sprawującego opiekę nad mieszkańcami domów pomocy społecznej dla przewlekle psychicznie chorych, niepełnosprawnych intelektualnie dzieci i młodzieży lub dorosłych, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
- 23 → prace personelu medycznego oddziałów psychiatrycznych i leczenia uzależnień w bezpośrednim kontakcie z pacjentami, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego,
- 24 → prace personelu medycznego w zespołach operacyjnych dyscyplin zabiegowych i anestezyjologii w warunkach ostrego dyżuru.
- V. KOD ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA -** składa się z 3 znaków:
- 01R → Dolnośląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia we Wrocławiu,
- 02R → Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Bydgoszczy,
- 03R → Lubelski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Lublinie,
- 04R → Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze,
- 05R → Łódzki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Łodzi,
- 06R → Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie,
- 07R → Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Warszawie,
- 08R → Opolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Opolu,
- 09R → Podkarpacki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Rzeszowie,
- 10R → Podlaski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Białymstoku,
- 11R → Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Gdańsku,
- 12R → Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach,
- 13R → Świętokrzyski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Kielcach,
- 14R → Warmińsko-Mazurski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Olsztynie,
- 15R → Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu,
- 16R → Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Szczecinie.
- VI. KOD STOPNIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:**
- 0 → osoba nieposiadająca orzeczenia o niepełnosprawności,
- 1 → osoba posiadająca orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności,
- 2 → osoba posiadająca orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,
- 3 → osoba posiadająca orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności,

4 → osoba posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności wydawane osobom do 16 roku życia.

VII. KOD PRZYCZYNY WYREJESTROWANIA UBEZPIECZONEGO – składa się z 3 znaków:

100 → ustanie tytułu do ubezpieczeń/ ubezpieczenia,

500 → zgon osoby ubezpieczonej,

600 → inna przyczyna wyrejestrowania,

700 → zawieszenie wykonywania pozarolniczej działalności gospodarczej na podstawie przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców,

800 → wyrejestrowanie pracownika w związku z przejściem zakładu pracy lub jego części na innego pracodawcę w trybie art. 23¹ ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy.

VIII. KOD RODZAJU UPRAWNIENIA – składa się z 2 znaków:

11 → wpis do ewidencji, na listę lub do rejestru,

31 → koncesja,

32 → zezwolenie,

34 → decyzja,

40 → uprawnienie inne niż wymienione wyżej.

IX. KOD PRZYCZYNY WYREJESTROWANIA PŁATNIKA – składa się z 3 znaków:

111 → zaprzestanie prowadzenia pozarolniczej działalności,

115 → postanowienie sądu o ukończeniu postępowania upadłościowego,

117 → zgon płatnika składek,

210 → zawieszenie wykonywania pozarolniczej działalności gospodarczej na podstawie przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców,

211 → wykreślenie z rejestru, ewidencji lub skreślenie z listy,

311 → decyzja właściwego organu o likwidacji płatnika składek będącego jednostką sektora finansów publicznych,

350 → wyrejestrowanie z ubezpieczeń ostatniej osoby, za którą płatnik miał obowiązek składania dokumentów ubezpieczeniowych,

600 → inna przyczyna wyrejestrowania.

X. TYP IDENTYFIKATORA:

P → PESEL,

N → NIP,

R → REGON,

1 → dowód osobisty,

2 → paszport lub inny dokument potwierdzający tożsamość obywatela UE.

XI. KOD ŚWIADCZENIA/ PRZERWY – składa się z 3 znaków:

1. Przerwa w opłacaniu składek:

111 → urlop bezpłatny,

121 → urlop wychowawczy udzielony na podstawie art. 186 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy,

122 → urlop wychowawczy udzielony na podstawie art. 186 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy,

151 → okres usprawiedliwionej nieobecności w pracy, bez prawa do wynagrodzenia lub zasiłku,

152 → okres nieusprawiedliwionej nieobecności w pracy;

2. Rodzaj świadczenia:

212 → zasiłek wyrównawczy z ubezpieczenia chorobowego,

214 → zasiłek wyrównawczy z ubezpieczenia wypadkowego,

215 → wyrównanie zasiłku wyrównawczego z ubezpieczenia chorobowego,

216 → wyrównanie zasiłku wyrównawczego z ubezpieczenia wypadkowego;

3. Rodzaj świadczenia i przerwy:

311 → zasiłek macierzyński z ubezpieczenia chorobowego za okres ustalony jako okres urlopu macierzyńskiego lub urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego,

312 → zasiłek opiekuńczy z ubezpieczenia chorobowego,

313 → zasiłek chorobowy z ubezpieczenia chorobowego,

314 → zasiłek chorobowy z ubezpieczenia wypadkowego,

315 → wyrównanie zasiłku macierzyńskiego z ubezpieczenia chorobowego za okres ustalony jako okres urlopu macierzyńskiego lub urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego,

316 → wyrównanie zasiłku opiekuńczego z ubezpieczenia chorobowego,

317 → wyrównanie zasiłku chorobowego z ubezpieczenia chorobowego,

318 → wyrównanie zasiłku chorobowego z ubezpieczenia wypadkowego,

319 → zasiłek macierzyński z ubezpieczenia chorobowego za okres ustalony jako okres urlopu rodzicielskiego,

320 → wyrównanie zasiłku macierzyńskiego z ubezpieczenia chorobowego za okres ustalony jako okres urlopu rodzicielskiego,

321 → świadczenie rehabilitacyjne z ubezpieczenia chorobowego,

322 → świadczenie rehabilitacyjne z ubezpieczenia wypadkowego,

323 → wyrównanie świadczenia rehabilitacyjnego z ubezpieczenia chorobowego,

- 324 → wyrównanie świadczenia rehabilitacyjnego z ubezpieczenia wypadkowego,
.....
- 325 → zasiłek macierzyński z ubezpieczenia chorobowego za okres ustalony jako okres dodatkowego urlopu macierzyńskiego lub dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego,
.....
- 326 → wyrównanie zasiłku macierzyńskiego z ubezpieczenia chorobowego za okres ustalony jako okres dodatkowego urlopu macierzyńskiego lub dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego,
.....
- 327 → zasiłek macierzyński z ubezpieczenia chorobowego za okres ustalony jako okres urlopu ojcowskiego,
.....
- 328 → wyrównanie zasiłku macierzyńskiego z ubezpieczenia chorobowego za okres ustalony jako okres urlopu ojcowskiego,
.....
- 329 → podwyższenie zasiłku macierzyńskiego do kwoty świadczenia rodzicielskiego,
.....
- 331 → wynagrodzenie za czas niezdolności do pracy z powodu choroby, finansowane ze środków pracodawcy,
.....
- 332 → wynagrodzenie za czas niezdolności do pracy z powodu choroby, finansowane ze środków Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych,
.....
- 335 → wyrównanie wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy z powodu choroby, finansowane ze środków pracodawcy,
.....
- 336 → wyrównanie wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy z powodu choroby, finansowane ze środków Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych,
.....
- 350 → inne świadczenia/ przerwy.
.....

XII. KOD TERMINU PRZESYŁANIA DEKLARACJI I RAPORTÓW:

- 1 → dla deklaracji składanych do 5 dnia następnego miesiąca za miesiąc poprzedni,
.....
- 2 → dla deklaracji składanych do 10 dnia następnego miesiąca za miesiąc poprzedni,
.....
- 3 → dla deklaracji składanych do 15 dnia następnego miesiąca za miesiąc poprzedni (kodu nie stosują płatnicy, dla których ma zastosowanie kod 4),
.....
- 4 → dla deklaracji składanych do 15 dnia następnego miesiąca za miesiąc poprzedni przez współników spółek (jednoosobowych z ograniczoną odpowiedzialnością, cywilnych, jawnych, komandytowych, partnerskich), którzy opłacają składki wyłącznie za siebie, natomiast spółka zatrudnia pracowników lub inne osoby, podlegające z tego tytułu ubezpieczeniom, oraz przez osoby podlegające dobrowolnie ubezpieczeniu zdrowotnemu,
.....
- 5 → dla deklaracji składanych za sędziów, prokuratorów, żołnierzy lub funkcjonariuszy, za których jest obowiązek opłacania składek na ubezpieczenia społeczne.
.....

XIII. KOD INFORMACJI O PRZEKROCZENIU ROCZNEJ PODSTAWY WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE:

- 1 → w przypadku gdy informację o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek przekazał ubezpieczony,
.....
- 2 → w przypadku gdy informację o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek przekazał płatnik składek,
.....
- 3 → w przypadku gdy informację o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek przekazał Zakład Ubezpieczeń Społecznych.
.....

XIV. KODY NUMERÓW IDENTYFIKATORÓW DEKLARACJI ROZLICZENIOWYCH I IMIENNEGO RAPORTU MIESIĘCZNEGO:

- 1)
- 01 → dla deklaracji rozliczeniowej i imiennego raportu miesięcznego,
.....
- 02-39 → włącznie – dla deklaracji rozliczeniowej korygującej i imiennego raportu miesięcznego korygującego;
.....
- 2) w przypadku:
.....
- a) powiatowych urzędów pracy, za bezrobotnych oraz osoby pobierające stypendium w okresie odbywania szkolenia, stażu lub przygotowania zawodowego w miejscu pracy, na które zostały skierowane przez powiatowy urząd pracy,
.....
- b) wojskowych biur emerytalnych, Zakładu Emerytalno-Rentowego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Biura Emerytalnego Służby Więziennej, za emerytów i rencistów,
.....
- c) jednostek organizacyjnych pomocy społecznej albo wójtów, burmistrzów i prezydentów miast, za osoby pobierające świadczenia rodzinne oraz za osoby korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej, za które opłacane są składki,
.....
- d) banków rozliczających składki na ubezpieczenie zdrowotne w przypadku dokonywania wypłaty emerytury lub renty z zagranicy,
.....
- e) innych podmiotów rozliczających składki na ubezpieczenie zdrowotne w przypadku dokonywania wypłat emerytury lub renty z zagranicy,
.....
- f) instytucji rozliczającej składki na ubezpieczenie zdrowotne, dokonującej wypłaty renty strukturalnej zgodnie z przepisami o rentach strukturalnych i przepisami o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich ze środków pochodzących z sekcji Gwarancji Europejskiego Funduszu Orientacji Gwarancji Rolnej oraz przepisami o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich z udziałem środków Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich,
.....
- g) centrum integracji społecznej za osoby pobierające świadczenie integracyjne,
.....
- 51 → dla deklaracji rozliczeniowej i imiennego raportu miesięcznego,
.....

52-69 →	włącznie – dla deklaracji rozliczeniowej korygującej i imiennego raportu miesięcznego korygującego;		
3)	w przypadku płatników składek zobowiązanych do sporządzenia i przekazania dokumentów rozliczeniowych za osobę sprawującą opiekę nad dziećmi na podstawie umowy uaktywniającej w rozumieniu ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3;		
40 →	dla pierwszorazowych dokumentów rozliczeniowych składanych za dany miesiąc,		
41-49 →	włącznie – dla dokumentów rozliczeniowych korygujących składanych do dokumentu oznaczonego numerem 40;		
4)	w przypadku ZUS za emerytów i rencistów oraz osoby pobierające zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne;		
51 →	dla deklaracji rozliczeniowej i imiennego raportu miesięcznego,		
52-89 →	włącznie – dla deklaracji rozliczeniowej korygującej i imiennego raportu miesięcznego korygującego;		
5)	w przypadku sędziów, prokuratorów, żołnierzy lub funkcjonariuszy, za których powstał obowiązek opłacania składek na ubezpieczenia społeczne;		
70 →	dla deklaracji rozliczeniowej i imiennego raportu miesięcznego,		
71-79 →	włącznie – dla deklaracji rozliczeniowej korygującej i imiennego raportu miesięcznego korygującego;		
6)	w przypadku deklaracji rozliczeniowej i imiennego raportu miesięcznego za dany miesiąc kalendarzowy, składanych przez syndyka upadłości za okres od dnia ogłoszenia upadłości;		
80 →	dla deklaracji rozliczeniowej i imiennego raportu miesięcznego,		
81-89 →	włącznie – dla deklaracji rozliczeniowej korygującej i imiennego raportu miesięcznego korygującego;		
7)	w przypadku płatników składek opłacających składki wyłącznie na własne ubezpieczenia, składających za dany miesiąc więcej niż jedną deklarację rozliczeniową z różnymi kodami tytułu ubezpieczenia;		
01 →	dla pierwszej deklaracji rozliczeniowej składanej za dany miesiąc,		
02-39 →	włącznie – dla deklaracji rozliczeniowej korygującej składanej do deklaracji oznaczonej numerem 01,		
40 →	dla drugiej deklaracji rozliczeniowej składanej za dany miesiąc,		
41-49 →	włącznie – dla deklaracji rozliczeniowej korygującej składanej do deklaracji oznaczonej numerem 40,		
51 →	dla trzeciej deklaracji rozliczeniowej składanej za dany miesiąc,		
52-69 →	włącznie – dla deklaracji rozliczeniowej korygującej składanej do deklaracji oznaczonej numerem 51.		
		XV. KOD WYGAŚNIĘCIA/ KOD TRYBU ROZWIĄZANIA STOSUNKU PRACY/ STOSUNKU SŁUŻBOWEGO –	
		składa się z 3 znaków, z których wpisana w polu 3 litera:	
R →	oznacza ustanie stosunku pracy/ stosunku służbowego w wyniku jego rozwiązania		
W →	oznacza ustanie stosunku pracy/ stosunku służbowego w wyniku jego wygaśnięcia		
20R →	bez wypowiedzenia, przez pracownika w związku z przejściem zakładu pracy lub jego części na innego pracodawcę		
21R →	w wyniku niezgodnienia nowych warunków pracy i płacy, zaproponowanych przez pracodawcę z dniem przejścia zakładu pracy lub jego części		
22R →	na mocy porozumienia stron		
23R →	wypowiedzenie przez pracodawcę		
24R →	wypowiedzenie przez pracownika		
25R →	bez wypowiedzenia przez pracodawcę, naruszenie obowiązków pracowniczych		
26R →	bez wypowiedzenia, popełnienie przestępstwa		
27R →	bez wypowiedzenia, utrata koniecznych uprawnień		
28R →	z upływem czasu, na który była zawarta umowa o pracę		
29R →	z dniem ukończenia pracy, dla której wykonania była zawarta umowa		
30R →	ze skróconym okresem wypowiedzenia, w trybie art. 36 ¹ ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy albo na podstawie przepisów innych ustaw		
31R →	przywrócenie do pracy i zatrudnienie u innego pracodawcy		
32R →	bez wypowiedzenia przez pracodawcę, niezdolność do pracy dłuższa niż 3 miesiące		
33R →	bez wypowiedzenia przez pracodawcę, wyczerpanie okresu zasiłkowego, pobierania świadczenia rehabilitacyjnego		
34R →	bez wypowiedzenia przez pracodawcę, usprawiedliwiona nieobecność dłuższa niż 1 miesiąc		
35R →	bez wypowiedzenia przez pracownika, orzeczenie o szkodliwym wpływie wykonywanej pracy na zdrowie		
36R →	bez wypowiedzenia przez pracownika, naruszenie obowiązków przez pracodawcę		
37R →	w przypadkach określonych w przepisach szczególnych, innych niż określone w części XVI		
38R →	powołanie u innego pracodawcy		
39R →	odwołanie		
40R →	odwołanie bez wypowiedzenia		
41R →	wygaśnięcie mandatu		

42R →	z pracownikiem młodocianym w związku z orzeczeniem lekarskim o pracy zagrażającej zdrowiu	414 →	art. 30 § 1 pkt 3 w związku z art. 55 § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy
43R →	z przyczyn niedotyczących pracownika, grupowe zwolnienie – porozumienie stron	415 →	art. 30 § 1 pkt 3 w związku z art. 55 § 1 ¹ ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy
44R →	z przyczyn niedotyczących pracownika, grupowe zwolnienie – wypowiedzenie	416 →	art. 68 ³ ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy
45R →	z przyczyn niedotyczących pracownika, indywidualne zwolnienie – wypowiedzenie	417 →	art. 70 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy
46R →	z przyczyn niedotyczących pracownika, indywidualne zwolnienie – porozumienie stron	418 →	art. 70 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy
47W →	brak powrotu do pracy po zakończeniu stosunku pracy z wyboru	419 →	art. 73 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy
48W →	śmierć pracownika	420 →	art. 201 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy
49W →	śmierć pracodawcy	421 →	art. 30 § 1 pkt 2 w związku z art. 1 ust. 1 ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników
50W →	tymczasowe aresztowanie	422 →	art. 30 § 1 pkt 2 w związku z art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników
51W →	powołanie do zawodowej służby wojskowej	423 →	art. 74 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy
52W →	brak powrotu do pracy po zwolnieniu z czynnej służby wojskowej	424 →	art. 63 ¹ § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy
53W →	w przypadkach określonych w przepisach szczególnych, innych niż określone w części XVI	425 →	art. 63 ² § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy
XVI.	KOD PODSTAWY PRAWNEJ ROZWIĄZANIA LUB WYGAŚNIĘCIA STOSUNKU PRACY LUB STOSUNKU SŁUŻBOWEGO –	426 →	art. 66 § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy
	składa się z 3 znaków:	427 →	art. 63 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy w związku z art. 18 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2003 r. o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych
400 →	art. 23 ¹ § 4 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy	428 →	art. 63 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy w związku z art. 122 ust. 1 ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej
401 →	art. 23 ¹ § 5 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy	429 →	art. 30 § 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy w związku z art. 2 ust. 1 pkt 29 lit. a ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy
402 →	art. 30 § 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy	430 →	art. 30 § 1 pkt 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy w związku z art. 2 ust. 1 pkt 29 lit. a ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy
403 →	art. 30 § 1 pkt 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy	431 →	art. 30 § 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy w związku z art. 2 ust. 1 pkt 29 lit. b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy
404 →	art. 30 § 1 pkt 3 w związku z art. 52 § 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy	432 →	art. 30 § 1 pkt 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy w związku z art. 2 ust. 1 pkt 29 lit. b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy
405 →	art. 30 § 1 pkt 3 w związku z art. 52 § 1 pkt 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy	433 →	art. 30 § 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy w związku z art. 3 ustawy z dnia 13 lipca 2006 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy
406 →	art. 30 § 1 pkt 3 w związku z art. 52 § 1 pkt 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy	434 →	art. 30 § 1 pkt 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy w związku z art. 3 ustawy z dnia 13 lipca 2006 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy
407 →	art. 30 § 1 pkt 4 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy		
408 →	art. 30 § 1 pkt 5 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy w brzmieniu obowiązującym do dnia 21 lutego 2016 r.		
409 →	art. 42 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy		
410 →	art. 48 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy		
411 →	art. 30 § 1 pkt 3 w związku z art. 53 § 1 pkt 1 lit. a ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy		
412 →	art. 30 § 1 pkt 3 w związku z art. 53 § 1 pkt 1 lit. b ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy		
413 →	art. 30 § 1 pkt 3 w związku z art. 53 § 1 pkt 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy		

- 435 → art. 30 § 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy w związku z art. 4 ustawy z dnia 13 lipca 2006 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy
- 436 → art. 30 § 1 pkt 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy w związku z art. 4 ustawy z dnia 13 lipca 2006 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy
- 437 → art. 30 § 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy w związku z art. 5 ustawy z dnia 13 lipca 2006 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy
- 438 → art. 30 § 1 pkt 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy w związku z art. 5 ustawy z dnia 13 lipca 2006 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy
- 439 → art. 30 § 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy w związku z art. 6 ustawy z dnia 13 lipca 2006 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy
- 440 → art. 30 § 1 pkt 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy w związku z art. 6 ustawy z dnia 13 lipca 2006 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy
- 441 → art. 30 § 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy w związku z art. 8 ustawy z dnia 13 lipca 2006 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy
- 442 → art. 30 § 1 pkt 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy w związku z art. 8 ustawy z dnia 13 lipca 2006 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy
- 443 → art. 30 § 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy w związku z art. 8a ustawy z dnia 13 lipca 2006 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy
- 444 → art. 30 § 1 pkt 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy w związku z art. 8a ustawy z dnia 13 lipca 2006 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy
- 445 → art. 27 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. o kuratorach sądowych
- 446 → art. 62 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 13 kwietnia 2007 r. o Państwowej Inspekcji Pracy
- 447 → art. 71 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 21 listopada 2008 r. o służbie cywilnej
- 448 → art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 16 września 1982 r. o pracownikach urzędów państwowych
- 449 → art. 170 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 16 listopada 2016 r. – Przepisy wprowadzające ustawę o Krajowej Administracji Skarbowej
- 450 → art. 97 ust. 3 ustawy z dnia 16 grudnia 2016 r. – Przepisy wprowadzające ustawę o zasadach zarządzania mieniem państwowym
- 451 → art. 30 § 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy w związku z art. 20 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela
- 452 → art. 30 § 1 pkt 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy w związku z art. 20 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela
- 453 → art. 20 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela
- 454 → art. 20 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela
- 455 → art. 20 ust. 5c ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela
- 457 → art. 20 ust. 7 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela
- 458 → art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela
- 459 → art. 23 ust. 4 pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela
- 460 → art. 27 ust. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela
- 461 → art. 225 ust. 1, 6 i 10 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Przepisy wprowadzające ustawę – Prawo oświatowe
- 462 → art. 225 ust. 7 pkt 1 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Przepisy wprowadzające ustawę – Prawo oświatowe
- 463 → art. 226 ust. 1 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Przepisy wprowadzające ustawę – Prawo oświatowe
- 550 → inna niż określona w kodach od 400 do 455 i od 457 do 463 – podstawa prawna rozwiązania lub wygaśnięcia stosunku pracy lub stosunku służbowego

XVII. KOD PRACY W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH, O KTÓREJ MOWA W ART. 32 USTAWY Z DNIA 17 GRUDNIA 1998 R. O EMERYTURACH I RENTACH Z FUNDUSZU UBEZPIECZEN SPOŁECZNYCH:

- 1) 5 pierwszych znaków jest zgodne z załącznikiem do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 7 lutego 1983 r. w sprawie wieku emerytalnego pracowników zatrudnionych w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze, z których:
- w polu pierwszym wpisujemy nazwę wykazu (A lub B)
 - dwa następne znaki to numer działu w wykazie podany cyframi arabskimi
 - dwa znaki dalsze to numer rodzaju pracy w dziale
- 2) 6 i 7 znak to kod dotychczasowych przepisów zarządzeń i uchwał resortowych według następującej listy:

- 01 → zarządzenie nr 9 Ministra Administracji, Gospodarki Terenowej i Ochrony Środowiska z dnia 1 lipca 1983 r.
- 02 → zarządzenie nr 9 Ministra Budownictwa i Przemysłu Materiałów Budowlanych z dnia 1 sierpnia 1983 r.
- 03 → zarządzenie nr 41 Ministra Finansów z dnia 17 maja 1985 r.
- 04 → zarządzenie nr 17 Ministra Górnictwa i Energetyki z dnia 12 sierpnia 1983 r.
- 05 → zarządzenie nr 19 Ministra Handlu Wewnętrznego i Usług z dnia 10 listopada 1986 r.
- 06 → zarządzenie nr 3 Ministra Hutnictwa i Przemysłu Maszynowego z dnia 30 marca 1985 r.

- 07 → zarządzenie nr 64 Ministra Komunikacji z dnia 29 czerwca 1983 r.
- 08 → zarządzenie nr 50 Ministra Handlu Zagranicznego z dnia 13 grudnia 1983 r.
- 09 → zarządzenie nr 26 Ministra Kultury i Sztuki z dnia 1 lipca 1983 r.
- 10 → zarządzenie nr 33 Ministra Łączności z dnia 16 maja 1983 r.
- 11 → zarządzenie nr 28 Ministra Pracy, Płac i Spraw Socjalnych z dnia 30 lipca 1986 r.
- 12 → zarządzenie nr 37 Ministra Nauki, Szkolnictwa Wyższego i Techniki z dnia 25 października 1983 r.
- 13 → zarządzenie nr 48 Ministra Obrony Narodowej z dnia 12 września 1983 r.
- 14 → zarządzenie nr DK 4-1000-1/84 Ministra Oświaty i Wychowania z dnia 15 czerwca 1984 r.
- 15 → zarządzenie nr 16 Ministra Rolnictwa, Leśnictwa i Gospodarki Żywnościowej z dnia 31 marca 1988 r.
- 16 → zarządzenie nr 11/86 Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 4 marca 1986 r.
- 17 → zarządzenie nr 51/83/CZZK Ministra Sprawiedliwości z dnia 20 października 1983 r.
- 18 → zarządzenie nr 7 Ministra Przemysłu Chemicznego i Lekkiego z dnia 7 lipca 1987 r.
- 19 → zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 12 lipca 1983 r.
- 20 → zarządzenie nr 9 Ministra Gospodarki Materiałowej z dnia 31 maja 1983 r.
- 21 → zarządzenie nr 9 Prezesa Centralnego Urzędu Geologii z dnia 4 lipca 1983 r.
- 22 → zarządzenie nr 11 Przewodniczącego Komitetu do Spraw Młodzieży i Kultury Fizycznej z dnia 1 lipca 1988 r.
- 23 → zarządzenie nr 24 Ministra – Kierownika Urzędu Gospodarki Morskiej z dnia 15 sierpnia 1983 r.
- 24 → zarządzenie nr 24 Prezesa Polskiego Komitetu Normalizacji, Norm i Jakości z dnia 6 czerwca 1983 r.
- 25 → uchwała nr 64/83 Zarządu Głównego Centralnego Związku Spółdzielni Rolniczych „Samopomoc Chłopska” z dnia 25 lipca 1983 r.
- 26 → uchwała nr 184 Zarządu Centralnego Związku Spółdzielni Budownictwa Mieszkaniowego z dnia 20 maja 1983 r.
- 27 → uchwała nr 80/83 Zarządu Centralnego Związku Spółdzielczości Pracy z dnia 30 czerwca 1983 r.
- 28 → uchwała nr 38 Zarządu „Społem” Centralnego Związku Spółdzielni Spożywców z dnia 11 lipca 1983 r.
- 29 → uchwała nr 106 Zarządu Centralnego Związku Spółdzielni Inwalidów z dnia 20 lipca 1983 r.
- 30 → uchwała nr 16/83 Zarządu Centralnego Związku Spółdzielni Mleczarskich z dnia 27 czerwca 1983 r.
- 31 → uchwała nr 14/84 Zarządu Centrali i Spółdzielni Ogrodniczych i Pszczelarskich z dnia 23 marca 1984 r.
- 32 → zarządzenie nr 21 Prezesa Robotniczej Spółdzielni Wydawniczej „Prasa – Książka – Ruch” z dnia 21 października 1983 r.
- 33 → uchwała nr 41/83 Zarządu Głównego Związku Zakładów Doskonalenia Zawodowego z dnia 28 września 1983 r.
- 34 → zarządzenie nr 47 Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 17 czerwca 1983 r.
- 35 → zarządzenie nr 20 Sekretarza Naukowego Polskiej Akademii Nauk z dnia 16 czerwca 1983 r.
- 36 → zarządzenie nr 12/83 Naczelnego Redaktora Polskiej Agencji Prasowej PAP z dnia 31 maja 1983 r.
- 37 → uchwała nr 22 Zarządu „Cepelii” Centralnego Związku Spółdzielni Rękodzieła Ludowego i Artystycznego z dnia 1 czerwca 1983 r.
- 38 → zarządzenie Prezesa Narodowego Banku Polskiego z dnia 17 maja 1983 r. (zmienione zarządzeniem Prezesa Narodowego Banku Polskiego nr 5/87 z dnia 7 października 1987 r. i nr 1/90 z dnia 1 sierpnia 1990 r.)
- 39 → uchwała nr 62 Zarządu Centralnego Związku Spółdzielni Niewidomych z dnia 15 lipca 1983 r.
- 40 → zarządzenie nr 24 Przewodniczącego Komitetu do spraw Radia i Telewizji „Polskie Radio i Telewizja” z dnia 15 lipca 1988 r.
- 41 → uchwała Prezydium Zarządu Stowarzyszenia „PAX” z dnia 28 grudnia 1983 r.
- 42 → uchwała nr 19/84 Zarządu Centralnego Związku Budowlanych Spółdzielni Pracy z dnia 24 kwietnia 1984 r.
- 43 → uchwała nr XXVIII/193/84 Zarządu Centralnego Związku Rolniczych Spółdzielni Produkcyjnych z dnia 15 marca 1984 r.
- 44 → zarządzenie nr 17 Ministra – Kierownika Urzędu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej z dnia 2 sierpnia 1985 r.
- 45 → zarządzenie nr 1/89 Ministra – Kierownika Urzędu do Spraw Wyznań z dnia 6 stycznia 1989 r.
- 46 → uchwała nr 24 Zarządu Krajowego Związku Rolników, Kótek i Organizacji Rolniczych z dnia 14 czerwca 1983 r.
- 47 → zarządzenie nr 2 Prezesa Państwowej Agencji Atomistyki z dnia 20 lutego 1989 r.
- 3) 8 i 9 znak jest to numer określający stanowisko pracy jako punkt w pozycji rodzaj pracy – określony w wykazie szczegółowym stanowiącym załącznik do uchwały lub zarządzenia resortowego, stosowanego przez płatnika składek na podstawie odrębnych przepisów.

XVIII. KOD PRACY W SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE, O KTÓREJ MOWA W ART. 32 USTAWY Z DNIA 17 GRUDNIA 1998 R. O EMERYTURACH I RENTACH Z FUNDUSZU UBEZPIECZEN SPOŁECZNYCH:

Przy ustalaniu tego kodu nie stosuje się systemu oznaczeń określonego dla kodów wykorzystujących układ wykazów A i B z załącznika do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 7 lutego 1983 r. w sprawie wieku emerytalnego pracowników zatrudnionych

w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze i zarządzeń resortowych.
Kod ten składa się z 9 znaków:

000320301 → pracownik organów kontroli państwowej

000320302 → pracownik organów administracji celnej

**pracownik / ubezpieczony / wykonujący
działalność twórczą lub artystyczną:**

032030301 → tancerz

032030302 → akrobata

032030303 → gimnastyk

032030304 → ekwilibrysta

032030305 → kaskader

032030306 → solista wokalista

032030307 → muzyk grający na instrumentach dętych

032030308 → treser zwierząt drapieżnych

032030309 → artysta chóru

032030310 → żongler

032030311 → komik cyrkowy

032030312 → aktor teatru lalek

032030313 → aktorka

032030314 → dyrygentka

032030315 → muzyk grający na instrumentach smyczkowych

032030316 → muzyk grający na instrumentach perkusyjnych

032030317 → muzyk grający na instrumentach
klawiszowych

032030318 → operator obrazu filmowego

032030319 → fotografik

000320304 → dziennikarz zatrudniony w redakcjach
dzienników, czasopism, w radiu, telewizji
oraz w organach prasowych, informacyjnych,
publicystycznych albo fotograficznych
objętych układem zbiorowym pracy
dziennikarzy

000320305 → nauczyciel, wychowawca lub inny
pracownik pedagogiczny wykonujący pracę
nauczycielską, wymienioną w art. 1 ustawy
z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela

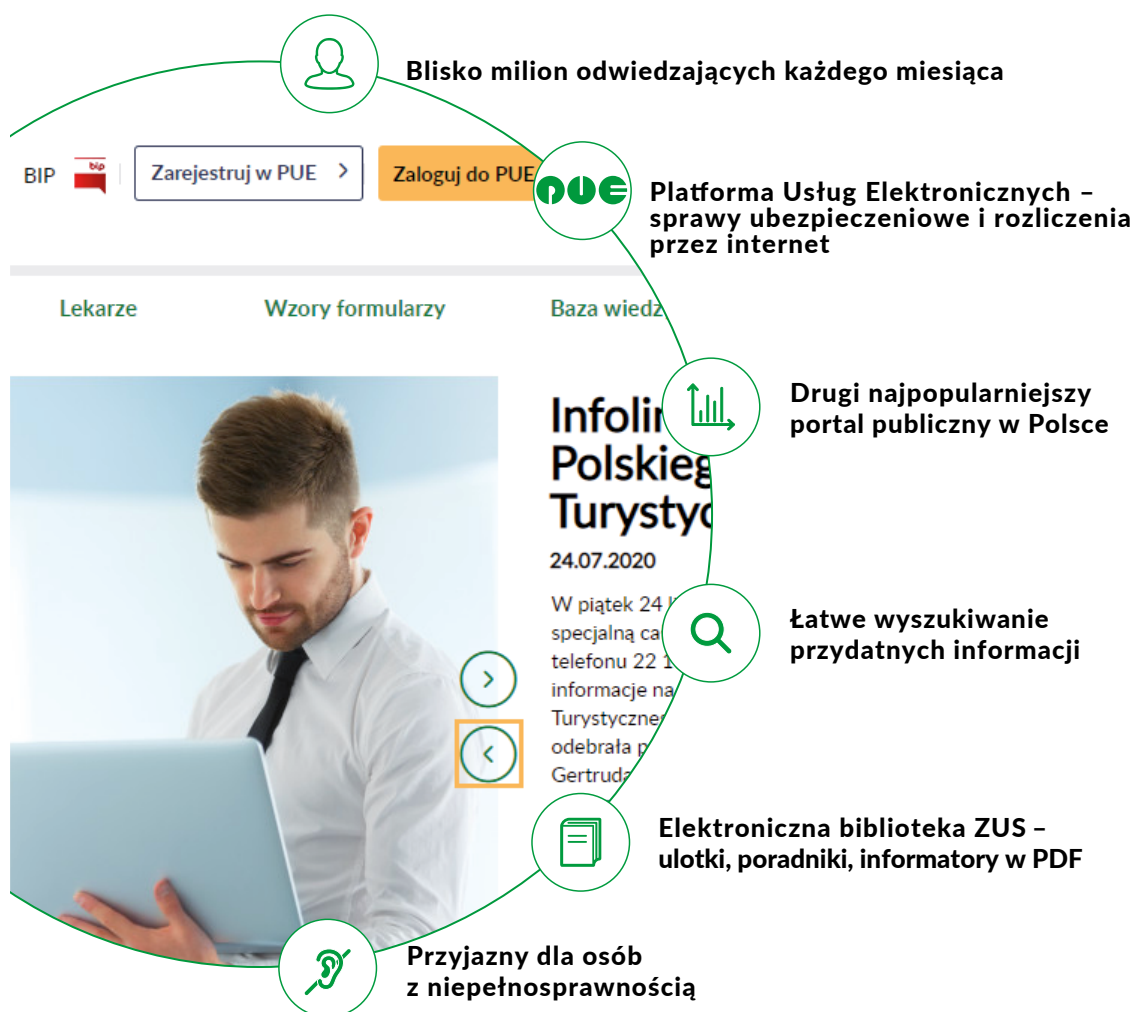
000320307 → pracownik jednostek ochrony
przeciwpożarowej, o których mowa w art. 15
pkt 1a–5 i 8 ustawy z dnia 24 sierpnia
1991 r. o ochronie przeciwpożarowej

A		F		Kongo		P		Timor Wschodni	TL
Afganistan	AF	Falklandy	FK	Demokratyczna		Pakistan	PK	Togo	TG
Albania	AL	Fidzi	FJ	Republika	CD	Palau	PW	Tokelau	TK
Algieria	DZ	Filipiny	PH	Koreańska		Palestyna	PS	Tonga	TO
Andora	AD	Finlandia	FI	Republika Ludowo-		Panama	PA	Trynidad i Tobago	TT
Angola	AO	Francja	FR	-Demokratyczna	KP	Papua-Nowa Gwinea	PG	Tunezja	TN
Anguilla	AI	Francuskie		Kostaryka	CR	Paragwaj	PY	Turcja	TR
Antarktyka	AQ	Terytoria Płd.	TF	Kuba	CU	Peru	PE	Turkmenistan	TM
Antigua i Barbuda	AG			Kuwejt	KW	Pitcairn	PN	Turks i Caicos	TC
Antyle Holenderskie	AN	G				Polinezja Francuska	PF	Tuvalu	TV
Arabia Saudyjska	SA	Gabon	GA	L		Polska	PL		
Argentyna	AR	Gambia	GM	Laos	LA	Portoryko	PR	U	
Armenia	AM	Georgia Płd.		Lesoto	LS	Portugalia	PT	Uganda	UG
Aruba	AW	i Sandwich Płd.	GS	Liban	LB			Ukraina	UA
Australia	AU	Ghana	GH	Liberia	LR			Urugwaj	UY
Austria	AT	Gibraltar	GI	Libia	LY	R		Uzbekistan	UZ
Azerbejdżan	AZ	Grecja	GR	Liechtenstein	LI	Republika Korei	KR		
		Grenada	GD	Litwa	LT	Republika		V	
		Grenlandia	GL	Luksemburg	LU	Południowej Afryki	ZA	Vanuatu	VU
		Gruzja	GE			Republika Środkowo-			
B		Guam	GU	Ł		-Afrykańska	CF		
Bahamy	BS	Gujana	GY	Łotwa	LV	Republika Zielonego		W	
Bahrajn	BH	Gujana Francuska	GF			Przylądka	CV	Wallis i Futuna	WF
Bangladesz	BD	Gwadelupa	GP	M		Reunion	RE	Watykan	VA
Barbados	BB	Gwatemala	GT	Macedonia	MK	Rosja	RU	Wenezuela	VE
Belgia	BE	Gwinea	GN	Madagaskar	MG	Rumunia	RO	Węgry	HU
Belize	BZ	Gwinea Bissau	GW	Majotta	YT	Rwanda	RW	Wielka Brytania	GB
Benin	BJ	Gwinea Równikowa	GQ	Makao	MO			Wietnam	VN
Bermudy	BM			Malawi	MW			Włochy	IT
Bhutan	BT	H		Malediwy	MV	S			
Białoruś	BY	Haiti	HT	Malezja	MY	Sahara Zachodnia	EH	Wybrzeże Kości	
Birma	MM	Hiszpania	ES	Mali	ML	Saint Kitts i Nevis	KN	Stoniowej	CI
Boliwia	BO	Holandia	NL	Malta	MT	Saint Lucia	LC	Wyspa Bouveta	BV
Bośnia i Hercegowina	BA	Honduras	HN	Małe Oddalone Wyspy		Saint Pierre i Miquelon	PM		
Botswana	BW	Hongkong	HK	Stanów Zjednoczonych	UM	Saint Vincent		Wyspa	
Brazylia	BR			Mariany Północne	MP	i Grenadyny	VC	Bożego Narodzenia	CX
Brunei Darussalam	BN	I		Maroko	MA	Salwador	V	Wyspy Cooka	CK
Brytyjskie Terytorium		Indie	IN	Martynika	MQ	Samoa	WS		
Oceanu Indyjskiego	IO	Indonezja	ID	Mauretania	MR	Samoa Amerykańskie	AS	Wyspy Heard	
Brytyjskie		Irak	IQ	Mauritius	MU	San Marino	SM	i McDonalda	HM
Wyspy Dziewicze	VG	Iran	IR	Meksyk	MX	Senegal	SN		
Bułgaria	BG	Irlandia	IE	Mikronezja	FM	Serbia	RS	Wyspy Kokosowe	
Burkina Faso	BF	Islandia	IS	Mołdawia	MD	Seszele	SC	(Keelinga)	CC
Burundi	BI	Izrael	IL	Mongolia	MN	Sierra Leone	SL	Wyspy Marshalla	MH
				Montserrat	MS	Singapur	SG	Wyspy Owcze	FO
C		J		Mozambik	MZ	Słowacja	SK	Wyspy Salomona	SB
Chile	CL	Jamajka	JM			Słowenia	SI		
Chiny	CN	Japonia	JP	N		Somalia	SO	Wyspy Św. Tomasza	
Chorwacja	HR	Jemen	YE	Namibia	NA	Sri Lanka	LK	i Książęca	ST
Cypr	CY	Jordania	JO	Nauru	NR	Stany Zjednoczone	US		
Czad	TD			Nepal	NP	Suazi	SZ		
Czarnogóra	ME	K		Niemcy	DE	Sudan	SD		
Czechy	CZ	Kajmany	KY	Niger	NE	Surinam	SR		
		Kambodża	KH	Nigeria	NG	Svalbard i Jan Mayen	SJ		
D		Kamerun	CM	Nikaragua	NI	Syria	SY		
Dania	DK	Kanada	CA	Niue	NU	Szwajcaria	CH		
Dominika	DM	Katar	QA	Norfolk	NF	Szwecja	SE		
Dominikana	DO	Kazachstan	KZ	Norwegia	NO				
Dżibuti	DJ	Kenia	KE	Nowa Kaledonia	NC	Ś			
		Kirgistan	KG	Nowa Zelandia	NZ	Święta Helena	SH		
E		Kiribati	KI						
Egipt	EG	Kolumbia	CO	O		T			
Ekwador	EC	Komory	KM	Oman	OM	Tadżykistan	TJ		
Erytrea	ER	Kongo	CG			Tajlandia	TH		
Estonia	EE					Tajwan	TW		
Etiopia	ET					Tanzania	TZ		

1. Ustawa z dnia 13 października 1995 r. o zasadach ewidencji i identyfikacji podatników i płatników (Dz.U. z 2020 r. poz. 170).
2. Ustawa z dnia 9 maja 1996 r. o wykonywaniu mandatu posła i senatora (Dz.U. z 2018 r. poz. 1799).
3. Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2020 r. poz. 266, z późn. zm.).
4. Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2019 r. poz. 1482, z późn. zm.).
5. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1373, z późn. zm.).
6. Ustawa z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz.U. z 2020 r. poz. 346).
7. Ustawa z dnia 13 lipca 2006 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy (Dz.U. z 2020 r. poz. 7, z późn. zm.).
8. Ustawa z dnia 7 listopada 2008 r. o zmianie ustawy – Ordynacja podatkowa oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2008 r. nr 209, poz. 1318, z późn. zm.).
9. Ustawa z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych (Dz.U. z 2018 r. poz. 1924).
10. Ustawa z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 (Dz.U. z 2020 r. poz. 326).
11. Ustawa z dnia 7 listopada 2014 r. o ułatwieniu wykonywania działalności gospodarczej (Dz.U. z 2014 r. poz. 1662, z późn. zm.).
12. Ustawa z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz.U. z 2019 r. poz. 1292, z późn. zm.).
13. Ustawa z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz.U. z 2018 r. poz. 2192, z późn. zm.).
14. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 18 kwietnia 2008 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu postępowania w sprawach rozliczania składek, do których poboru jest zobowiązany Zakład Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1831).
15. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 listopada 2015 r. w sprawie sposobu i metodologii prowadzenia i aktualizacji krajowego rejestru urzędowego podmiotów gospodarki narodowej, wzorów wniosków, ankiet i zaświadczeń (Dz.U. z 2015 r. poz. 2009, z późn. zm.).
16. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 grudnia 2018 r. w sprawie określenia wzorów zgłoszeń do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego, imiennych raportów miesięcznych i imiennych raportów miesięcznych korygujących, zgłoszeń płatnika składek, deklaracji rozliczeniowych i deklaracji rozliczeniowych korygujących, zgłoszeń danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, raportów informacyjnych, oświadczeń o zamiarze przekazania raportów informacyjnych oraz innych dokumentów (Dz.U. z 2018 r. poz. 2495, z późn. zm.).

www.zus.pl

Twój przewodnik po ubezpieczeniach społecznych



ZUS | ZAKŁAD
UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

ul. Szamocka 3, 5
01-748 Warszawa

- Platforma Usług Elektronicznych: www.zus.pl
- Centrum Obsługi Telefonicznej ZUS:
 - 22 560 16 00* dla tel. komórkowych i stacjonarnych
 - * koszt połączenia według umowy klienta z operatorem telekomunikacyjnym
 - e-mail: cot@zus.pl