



DZIENNIK USTAW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 23 lutego 2016 r.

Poz. 222

OBWIESZCZENIE MINISTRA RODZINY, PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ¹⁾

z dnia 22 stycznia 2016 r.

**w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej
w sprawie określenia wzorów zgłoszeń do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego,
imiennych raportów miesięcznych i imiennych raportów miesięcznych korygujących, zgłoszeń płatnika,
deklaracji rozliczeniowych i deklaracji rozliczeniowych korygujących, zgłoszeń danych o pracy
w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze oraz innych dokumentów**

1. Na podstawie art. 16 ust. 3 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2015 r. poz. 1484 i 1890) ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 października 2009 r. w sprawie określenia wzorów zgłoszeń do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego, imiennych raportów miesięcznych i imiennych raportów miesięcznych korygujących, zgłoszeń płatnika, deklaracji rozliczeniowych i deklaracji rozliczeniowych korygujących, zgłoszeń danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze oraz innych dokumentów (Dz. U. z 2014 r. poz. 1844), z uwzględnieniem zmian wprowadzonych:

- 1) rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 19 grudnia 2014 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie określenia wzorów zgłoszeń do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego, imiennych raportów miesięcznych i imiennych raportów miesięcznych korygujących, zgłoszeń płatnika, deklaracji rozliczeniowych i deklaracji rozliczeniowych korygujących, zgłoszeń danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze oraz innych dokumentów (Dz. U. poz. 1957);
- 2) rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 10 listopada 2015 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie określenia wzorów zgłoszeń do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego, imiennych raportów miesięcznych i imiennych raportów miesięcznych korygujących, zgłoszeń płatnika, deklaracji rozliczeniowych i deklaracji rozliczeniowych korygujących, zgłoszeń danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze oraz innych dokumentów (Dz. U. poz. 1996).

2. Podany w załączniku do niniejszego obwieszczenia tekst jednolity rozporządzenia nie obejmuje:

- 1) § 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 19 grudnia 2014 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie określenia wzorów zgłoszeń do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego, imiennych raportów miesięcznych i imiennych raportów miesięcznych korygujących, zgłoszeń płatnika, deklaracji rozliczeniowych i deklaracji rozliczeniowych korygujących, zgłoszeń danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze oraz innych dokumentów (Dz. U. poz. 1957), który stanowi:
„§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.”;
- 2) § 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 10 listopada 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie określenia wzorów zgłoszeń do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego, imiennych raportów miesięcznych i imiennych raportów miesięcznych korygujących, zgłoszeń płatnika, deklaracji rozliczeniowych i deklaracji rozliczeniowych korygujących, zgłoszeń danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze oraz innych dokumentów (Dz. U. poz. 1996), który stanowi:
„§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2016 r., z wyjątkiem § 1 pkt 1 i pkt 2 lit. b, które wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2016 r.”.

Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej: *E. Rafalska*

¹⁾ Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej kieruje działem administracji rządowej – zabezpieczenie społeczne, na podstawie § 1 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 listopada 2015 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (Dz. U. poz. 1905).

Załącznik do obwieszczenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 22 stycznia 2016 r. (poz. 222)

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ¹⁾

z dnia 23 października 2009 r.

w sprawie określenia wzorów zgłoszeń do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego, imiennych raportów miesięcznych i imiennych raportów miesięcznych korygujących, zgłoszeń płatnika, deklaracji rozliczeniowych i deklaracji rozliczeniowych korygujących, zgłoszeń danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze oraz innych dokumentów

Na podstawie art. 49 ust. 2 i 4 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 121, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Określa się wzory dokumentów:

- 1) zgłoszenie do ubezpieczeń/zgłoszenie zmiany danych osoby ubezpieczonej – o symbolu ZUS ZUA, stanowiące załącznik nr 1 do rozporządzenia;
- 2) zgłoszenie danych o członkach rodziny, dla celów ubezpieczenia zdrowotnego – o symbolu ZUS ZCNA, stanowiące załącznik nr 2 do rozporządzenia;
- 3) zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego/zgłoszenie zmiany danych – o symbolu ZUS ZZA, stanowiące załącznik nr 3 do rozporządzenia;
- 4) zgłoszenie zmiany danych identyfikacyjnych osoby ubezpieczonej – o symbolu ZUS ZIUA, stanowiące załącznik nr 4 do rozporządzenia;
- 5) wyrejestrowanie z ubezpieczeń – o symbolu ZUS ZWUA, stanowiące załącznik nr 5 do rozporządzenia;
- 6) zgłoszenie/zmiana danych płatnika składek – osoby prawnej lub jednostki organizacyjnej nieposiadającej osobowości prawnej – o symbolu ZUS ZPA, stanowiące załącznik nr 6 do rozporządzenia;
- 7) zgłoszenie/zmiana danych płatnika składek – osoby fizycznej – o symbolu ZUS ZFA, stanowiące załącznik nr 7 do rozporządzenia;
- 8) zgłoszenie zmiany danych identyfikacyjnych płatnika składek – o symbolu ZUS ZIPA, stanowiące załącznik nr 8 do rozporządzenia;
- 9) wyrejestrowanie płatnika składek – o symbolu ZUS ZWPA, stanowiące załącznik nr 9 do rozporządzenia;
- 10) informacja o numerach rachunków bankowych płatnika składek – o symbolu ZUS ZBA, stanowiąca załącznik nr 10 do rozporządzenia;
- 11) adresy prowadzenia działalności gospodarczej przez płatnika składek – o symbolu ZUS ZAA, stanowiące załącznik nr 11 do rozporządzenia;
- 12) imienny raport miesięczny o należnych składkach i wypłaconych świadczeniach – o symbolu ZUS RCA, stanowiący załącznik nr 12 do rozporządzenia;
- 13) imienny raport miesięczny o należnych składkach na ubezpieczenie zdrowotne – o symbolu ZUS RZA, stanowiący załącznik nr 13 do rozporządzenia;
- 14) imienny raport miesięczny o wypłaconych świadczeniach i przerwach w opłacaniu składek – o symbolu ZUS RSA, stanowiący załącznik nr 14 do rozporządzenia;
- 15) deklaracja rozliczeniowa – o symbolu ZUS DRA, stanowiąca załącznik nr 15 do rozporządzenia;

¹⁾ Obecnie działem administracji rządowej – zabezpieczenie społeczne kieruje Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, na podstawie § 1 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 listopada 2015 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (Dz. U. poz. 1905).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2015 r. poz. 689, 978, 1037, 1066, 1240, 1268, 1269, 1506, 1649, 1735, 1830, 1893 i 2281 oraz z 2016 r. poz. 34.

16) (uchylony);

16a) informacja miesięczna dla osoby ubezpieczonej – stanowiąca załącznik nr 16a do rozporządzenia;

16b) informacja roczna dla osoby ubezpieczonej – stanowiąca załącznik nr 16b do rozporządzenia;

17) zgłoszenie/korekta danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze – o symbolu ZUS ZSWA, stanowiący załącznik nr 17 do rozporządzenia.

2. Dla imiennych raportów miesięcznych korygujących ustala się odpowiednio te same wzory, o których mowa w ust. 1 pkt 12–14, dla deklaracji rozliczeniowej korygującej – ten sam wzór, o którym mowa w ust. 1 pkt 15, dla informacji miesięcznej korygującej dla osoby ubezpieczonej – ten sam wzór, o którym mowa w ust. 1 pkt 16a, a dla informacji rocznej korygującej dla osoby ubezpieczonej – ten sam wzór, o którym mowa w ust. 1 pkt 16b.

§ 2. Dokumenty są wypełniane przy użyciu kodów, których wykaz jest określony w załączniku nr 18 do rozporządzenia.

§ 3. 1. Dla dokumentów, o których mowa w § 1 ust. 1 pkt 1–11 i 17, określa się kolor pantone nr 224, pkt 12–14 – kolor pantone nr 158, pkt 15 – kolor pantone nr 172 oraz pkt 16a i 16b – kolor pantone nr 340.

2. Dokumenty, w formie dokumentu pisemnego w postaci kopii albo wydruku ze strony internetowej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub wydruku z oprogramowania interfejsowego, mogą być przekazywane bez zachowania kolorów, o których mowa w ust. 1.

§ 4. 1. Płatnicy składek mogą do wyczerpania zapasów posługiwać się wzorami dokumentów określonymi w załącznikach nr 1–13 i 16 do rozporządzenia, o którym mowa w § 5, jeżeli dokumenty są przekazywane w formie dokumentu pisemnego.

2. W przypadku przekazywania dokumentu dotyczącego okresu do dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia stosuje się kody tytułu ubezpieczenia określone w rozporządzeniu, o którym mowa w § 5, obowiązujące w okresie, za który dokument ten został złożony.

§ 5. Traci moc rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24 czerwca 2008 r. w sprawie określenia wzorów zgłoszeń do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego, imiennych raportów miesięcznych i imiennych raportów miesięcznych korygujących, zgłoszeń płatnika, deklaracji rozliczeniowych i deklaracji rozliczeniowych korygujących oraz innych dokumentów (Dz. U. Nr 112, poz. 717).

§ 6. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2010 r.

Załączniki do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 października 2009 r.

Załącznik nr 1

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

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 identyfikacyjnych) ¹⁾	
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 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 IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ	01. Numer PESEL ²⁾		02. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)
	03. Seria i numer dokumentu		
	04. Nazwisko		
	05. Imię pierwsze		
	06. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)		
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 ubezpieczenia ³⁾			
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			
Wnosząc 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 OSOBIE 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) - (dd / mm / rrrr)	

PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI Drukowanymi literami, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOŁOREM.

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

Załącznik nr 2

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

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

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

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⁾

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 IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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)

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

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. 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 MASZYNIE 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

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

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 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. Pieczęć płatnika

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.**

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. wyłączenie z numerem NIP.

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

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)

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)

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)

PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE 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 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

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.

Załącznik nr 4

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

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 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. POPRZEDNIE DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ			
01. Numer PESEL ¹⁾		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. AKTUALNE DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ			
01. Numer PESEL ¹⁾		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)	
V. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA 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. 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	
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.

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

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

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PŁATNIKA SKŁADEK

I. DANE ORGANIZACYJNE

☐ 01. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ (jeśli TAK, wpisać X)

03. Data nadania (dd / mm / rrr)

☐ 02. ZGŁOSZENIE KOREKTY DANYCH O WYREJESTROWANIU Z UBEZPIECZEŃ (jeśli TAK, wpisać X)

04. Nalepka „R”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

03. Numer PESEL¹⁾

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

02. Numer REGION

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

05. Seria i numer dokumentu

09. Data urodzenia (dd / mm / rrr)

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY WYREJESTROWYWANEJ Z UBEZPIECZEŃ

01. Numer PESEL¹⁾

05. Nazwisko

06. Imię pierwsze

02. Numer NIP (wpisać bez kresek)²⁾

03. Rodzaj dokumentu
(wypełnić jak pole II.04)

07. Data urodzenia (dd / mm / rrr)

IV. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ

01. Kod tytułu ubezpieczenia

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

03. Kod przyczyny wyrejestrowania

V. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrr)

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. 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

VII. 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.

Załącznik nr 6

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE 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

01. ZGŁOSZENIE PLATNIKA SKŁADEK (wpisać X)

03. Data nadania (dd / mm / rrrr)

04. Nalepka -R"

02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2)
DANYCH PLATNIKA SKŁADEK (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych) ¹⁾

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

03. Nazwa - skrócona

02. Numer REGON

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, wpisać X.

04. Nazwa organu założycielskiego

05. Czy płatnik podlega wpisowi do rejestru / ewidencji? Jeśli TAK, wpisać X.

08. Nazwa organu rejestrowego / ewidencyjnego

09. Data powstania obowiązku opłacania składek (dd / mm / rrrr)

03. Czy płatnik jest zakładem budżetowym lub gospodarstwem pomocniczym w rozumieniu ustawy z dnia 30.06.2005 r. o finansach publicznych? Jeśli TAK, wpisać X.

06. Data wpisu do rejestru / ewidencji (dd / mm / rrrr)

07. Numer wpisu do rejestru / ewidencji

IV. DANE O RACHUNKU BANKOWYM PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer rachunku

02. Czy płatnik posiada inne rachunki bankowe? Jeśli TAK, wpisać 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

10. Czy adres prowadzenia działalności gospodarczej jest inny niż adres siedziby płatnika składek? Jeśli TAK, wpisać X i wypełnić formularz ZUS ZAA

VI. ADRES DO KORESPONDENCJI PLATNIKA SKŁADEK (wpisać, 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

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 MASZYNIE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOŁOREM.

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. Pieczęć płatnika

IX. ADNOTACJE ZUS

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

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

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

I. DANE ORGANIZACYJNE

☐ 01. ZGŁOSZENIE PŁATNIKA SKŁADEK (wpisać X)

☐ 02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH PŁATNIKA SKŁADEK (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych) ¹⁾

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 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 PŁATNIKA SKŁADEK

01. Imię drugie

02. Miejsce urodzenia

03. Obywatelstwo

IV. PODSTAWA DO PROWADZENIA POZAROLNICZEJ DZIAŁALNOŚCI

☐ 01. Kod rodzaju uprawnień

02. Numer uprawnień

03. Nazwa organu wydającego uprawnienie

04. Data wydania uprawnień (dd / mm / rrrr)

05. Data powstania obowiązku opłacania składek (dd / mm / rrrr)

V. DANE O RACHUNKU BANKOWYM PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer rachunku

☐ 02. Czy płatnik posiada inne rachunki bankowe? Jeśli TAK, wpisać X i wypełnić formularz ZUS ZBA.

VI. ADRES SIEDZIBY PŁATNIKA 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

☐ 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 MASZYNIE 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

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)

VIII. ADRES DO KORESPONDENCJI PŁATNIKA SKŁADEK (wpisać, 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

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

01. Numer NIP¹⁾ (wpisać bez kresek) 02. Numer REGON

03. Nazwa skrócona

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

Załącznik nr 8

PŁATNIK 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 PŁATNIKA 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 PŁATNIKA SKŁADEK			
01. Numer NIP (wpisać bez kresek)		02. Numer REGION	
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)			
III. AKTUALNE DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK			
01. Numer NIP (wpisać bez kresek)		02. Numer REGION	
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)			
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.

Załącznik nr 9

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

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

I. DANE ORGANIZACYJNE

☐ 01. WYREJESTROWANIE PŁATNIKA SKŁADEK
Jeśli TAK, wpisać X.

03. Data nadania (dd / mm / rrrr)

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

04. Nalepka „R”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

03. Numer PESEL¹⁾

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

02. Numer REGON

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

05. Seria i numer dokumentu

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

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.

Załącznik nr 10

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

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

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 REGION

03. Numer PESEL¹⁾

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

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

III. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PŁATNIKA SKŁADEK

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

02. Numer rachunku

IV. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PŁATNIKA SKŁADEK

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

02. Numer rachunku

V. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PŁATNIKA SKŁADEK

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

02. Numer rachunku

VI. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PŁATNIKA SKŁADEK

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

02. Numer rachunku

VII. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PŁATNIKA SKŁADEK

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

02. Numer rachunku

VIII. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PŁATNIKA SKŁADEK

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

02. Numer rachunku

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. Pieczęć płatnika
--	----------------------

X. ADNOTACJE ZUS

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

Załącznik nr 11

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZAA	strona: 1	ADRESY PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PŁATNIKA SKŁADEK
---	-------------------	------------------	--

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

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 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. 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)

IV. 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)

V. 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)

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZAA	strona: 2	ADRESY PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PLATNIKA SKŁADEK
-----------------------------------	---------	-----------	--

VI. 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)

VII. 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)

VIII. 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)

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. Pieczęć płatnika

X. ADNOTACJE ZUS

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

Załącznik nr 12

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

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

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PŁATNIKA 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)

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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.	05.	06.	07.
SKŁADKA FINANSOWANA PRZEZ:				
ubezpieczonego	08.	09.	10.	11.
płatnika	12.	13.	14.	15.
budżetu państwa	16.	17.	18.	19.
PFRON ²⁾	20.	21.	22.	23.
Fundusz Kościelny	24.	25.	26.	27.
27. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składki w ramach pracowniczego programu emerytalnego			28. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.26)	

III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Podstawa wymiaru składki

02. Kwota należnej składki
finansowana przez płatnika ³⁾

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

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

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)

PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE 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	CHOROBOWE	WYPADKOWE
04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	05. zł, gr		06. zł, gr	
SKŁADKA FINANSOWANA PRZEZ:				
ubezpieczonego	07. zł, gr	08. zł, gr	09. zł, gr	10. zł, gr
płatnika	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 ^{a)}	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		28. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.26)		

IV. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Podstawa wymiaru składki

02. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika^{a)}

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 PAŃSTWA^{a)}

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 lub osoby upoważnionej

03. Pieczęć płatnika

VI. ADNOTACJE ZUS

IV. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

^{a)} Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.^{b)} 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 30 czerwca 2008 r.^{c)} W tym polu należy także wykazać kwotę składki finansowaną z budżetu państwa, jeśli dotację otrzymuje płatnik.^{d)} 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.

Załącznik nr 13

PLATNIK WYPELNIŁA 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 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. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ						
01. Nazwisko						
02. Imię pierwsze						
03. Typ 04. Identyfikator						
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						
IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ						
01. Nazwisko						
02. Imię pierwsze						
03. Typ 04. Identyfikator						
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						
V. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ						
01. Nazwisko						
02. Imię pierwsze						
03. Typ 04. Identyfikator						
V. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE						
01. Kod tytułu ubezpieczenia						
02. Podstawa wymiaru składki						
03. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika 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						

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE 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. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

VII. 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

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.

Załącznik nr 14

PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI Drukowanymi literami, czarnym lub niebieskim kolorem.

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

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PŁATNIKA 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)

III. DANE DOTYCZĄCE
OSOBY UBEZPIECZONEJ

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 -

IV. 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 -

V. 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 -

VI. 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 -

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE 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. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ	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		06. Kwota	
Okres	03. Od (dd / mm / rrrr)		04. Do (dd / mm / rrrr)		05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat	
					zł, gr	

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

VIII. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ	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		06. Kwota	
Okres	03. Od (dd / mm / rrrr)		04. Do (dd / mm / rrrr)		05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat	
					zł, gr	

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

IX. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ	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		06. Kwota	
Okres	03. Od (dd / mm / rrrr)		04. Do (dd / mm / rrrr)		05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat	
					zł, gr	

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

X. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ	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		06. Kwota	
Okres	03. Od (dd / mm / rrrr)		04. Do (dd / mm / rrrr)		05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat	
					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. Pieczęć płatnika

XII. ADNOTACJE ZUS

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

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS	DRA	strona: 1	DEKLARACJA ROZLICZENIOWA	
I. DANE ORGANIZACYJNE					
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 (p. 01 + p. 02)
	zł; gr		zł; gr		zł; gr
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:	04.		05.		06. (p. 04 + p. 05)
	zł; gr		zł; gr		zł; gr
ubezpieczonych	07.		08.		09. (p. 07 + p. 08)
	zł; gr		zł; gr		zł; gr
płatnika	10.		11.		12. (p. 10 + p. 11)
	zł; gr		zł; gr		zł; gr
budżet państwa	13.		14.		15. (p. 13 + p. 14)
	zł; gr		zł; gr		zł; gr
PFRON ²⁾	16.		17.		18. (p. 16 + p. 17)
	zł; gr		zł; gr		zł; gr
Fundusz Kościelny	19.		20.		21. (p. 19 + p. 20)
	zł; gr		zł; gr		zł; gr
SUMY SKŁADEK	19. Kwota składek na ubezpieczenie chorobowe		20. Kwota składek na ubezpieczenie wypadkowe		21. Suma kwot składek na ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe (p. 19 + p. 20)
	zł; gr		zł; gr		zł; gr
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:	22.		23.		24. (p. 22 + p. 23)
	zł; gr		zł; gr		zł; gr
ubezpieczonych	25.		26.		27. (p. 25 + p. 26)
	zł; gr		zł; gr		zł; gr
płatnika	28.		29.		30. (p. 28 + p. 29)
	zł; gr		zł; gr		zł; gr
budżet państwa	31.		32.		33. (p. 31 + p. 32)
	zł; gr		zł; gr		zł; gr
PFRON ²⁾	34.		35.		36. (p. 34 + p. 35)
	zł; gr		zł; gr		zł; gr
Fundusz Kościelny	37. Kwota składek na ubezpieczenia społeczne, które powinien przekazać płatnik (p. 06 + p. 09 + p. 24 + p. 27)		zł; gr		
V. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ PODLEGAJĄCYCH ROZLICZENIU W CIĘŻAR SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE					
01. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego		03. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego		04. Kwota wypłaconych świadczeń finansowanych z budżetu państwa ³⁾	
02. Kwota wynagrodzenia należnego płatnikowi od wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego		05. Łączna kwota do potrącenia (p.01 + p.02 + p.03 + p.04)			
zł; gr		zł; gr		zł; gr	
zł; gr		zł; gr		zł; gr	
VI. ROZLICZENIE CZĘŚCI IV I V					
01. Kwota do zwrotu przez ZUS: (p.V. 05 - p.IV. 37)		02. Kwota do zapłaty przez płatnika: (p. IV. 37 - p.V. 05)			
zł; gr		zł; gr			

³⁾ W tym brzmieniu obowiązuje do wejścia w życie zmiany, o której mowa w odnośniku 4.

PLATNIK WYPEŁNIA 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
-----------------------------------	-----	-----	-----------	--------------------------

VII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

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

VIII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FP I FGŚP

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

IX. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FUNDUSZ EMERYTUR POMOSTOWYCH

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

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia		06. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe	☐
02. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe			
03. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe			
04. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie wypadkowe			
05. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne			

XI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej	03. Pieczęć płatnika
--	----------------------

Pouczenie: W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwot z poz. VI.02, poz. VII.07, poz. VIII.03, poz. IX.03 lub wpłacenia ich w niepełnej wysokości, niniejsza deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz.U. z 2012 r. poz. 1015, 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 30 czerwca 2008 r.

³⁾ Pole to 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.

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

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

PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE 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 03. Data nadania (dd / mm / rrr)		02. Identyfikator deklaracji (numer / mm / rrr) 04. Naklejka „R”		05. Znak i numer decyzji pokontrolnej			
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK 01. Numer NIP (wpisać bez kresek) 03. Numer PESEL ¹⁾ 06. Nazwa skrócona 07. Nazwisko 08. Imię pierwsze		02. Numer REGON 04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2		05. Seria i numer dokumentu 09. Data urodzenia (dd / mm / rrr)			
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. (p. 01 + p. 02)		04. ubezpieczonych 07. płatnika 10. budżet państwa 13. PFRON ²⁾ 16. Fundusz Kościelny		05. ubezpieczonych 08. płatnika 11. budżet państwa 14. PFRON ²⁾ 17. Fundusz Kościelny		Suma kwot składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe 06. (p. 04 + p. 05) 09. (p. 07 + p. 08) 12. (p. 10 + p. 11) 15. (p. 13 + p. 14) 18. (p. 16 + p. 17)	
SUMY SKŁADEK 19. Kwota składek na ubezpieczenie chorobowe 20. Kwota składek na ubezpieczenie wypadkowe 21. (p. 19 + p. 20)		22. ubezpieczonych 25. płatnika 28. budżet państwa 31. PFRON ²⁾ 34. Fundusz Kościelny		23. ubezpieczonych 26. płatnika 29. budżet państwa 32. PFRON ²⁾ 35. Fundusz Kościelny		Suma kwot składek na ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe 24. (p. 22 + p. 23) 27. (p. 25 + p. 26) 30. (p. 28 + p. 29) 33. (p. 31 + p. 32) 36. (p. 34 + p. 35)	
37. Kwota składek na ubezpieczenia społeczne, które powinien przekazać płatnik (p. 06 + p. 09 + p. 24 + p. 27)							
V. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ PODLEGAJĄCYCH ROZLICZENIU W CIĘŻAR SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE							
01. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego 02. Kwota wynagrodzenia należnego płatnikowi od wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego		03. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego 04. Kwota wypłaconych świadczeń finansowanych z budżetu państwa / FUS ³⁾		05. Łączna kwota do potrącenia (p. 01 + p. 02 + p. 03 + p. 04)			
VI. ROZLICZENIE CZĘŚCI IV I V							
01. Kwota do zwrotu przez ZUS: (p. V.05 – p. IV.37)				02. Kwota do zapłaty przez płatnika: (p. IV.37 – p. V.05)			

⁴⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 10 listopada 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie określenia wzorów zgłoszeń do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego, imiennych raportów miesięcznych i imiennych raportów miesięcznych korygujących, zgłoszeń płatnika, deklaracji rozliczeniowych i deklaracji rozliczeniowych korygujących, zgłoszeń danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze oraz innych dokumentów (Dz. U. poz. 1996), które weszło w życie z dniem 1 stycznia 2016 r.; wejdzie w życie z dniem 1 kwietnia 2016 r.

PŁATNIK WYPEŁNIA 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
---------------------------------------	------------	------------	------------------	---------------------------------

VII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

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

VIII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FP I FGŚP

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

IX. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FUNDUSZ EMERYTUR POMOSTOWYCH

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

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia	06. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe
02. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe	
03. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe	
04. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie wypadkowe	
05. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne	

XI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej	03. Pieczęć płatnika
--	----------------------

Pouczenie: W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwot z poz. VI.02, poz. VII.07, poz. VIII.03, poz. IX.03 lub wpłacania ich w niepełnej wysokości, niniejsza deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz. U. z 2014 r. poz. 1619, z późn. zm.).

XII. ADNOTACJE ZUS

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 30 czerwca 2008 r.
³⁾ W polu należy wykazać wypłatą za okres od stycznia 2016 r. kwotę podwyższenia zasiłku macierzyńskiego do wysokości kwoty świadczenia rodzicielskiego finansowanego z funduszu chorobowego. W polu można także uwzględnić świadczenia finansowane z budżetu państwa należne za okres do dnia 31 sierpnia 2006 r. w przypadku konieczności złożenia za ten okres korekty dokumentów.
⁴⁾ W polu należy także wykazać kwotę składek finansowanych z budżetu państwa, jeżeli dotację otrzymuje płatnik.
⁵⁾ Za okres od dnia 1 kwietnia 2003 r. płatnik składek nie ma prawa do wynagrodzenia za rozliczenie składek na ubezpieczenie zdrowotne.

Załącznik nr 16
(uchylony)

Załącznik nr 16a

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH		INFORMACJA MIESIĘCZNA DLA OSOBY UBEZPIECZONEJ	
I. DANE ORGANIZACYJNE			
01. Identyfikator informacji (numer/mm/rrrr)			
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			
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	CHOROBOWE
WYPADKOWE			
05.	06.	07.	
08.	09.	10.	11.
12.	13.	14.	15.
16.	17.	18.	19.
20.	21.	22.	23.
24.	25.	26.	27.
28. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego		29. Łączna kwota składek (suma od p. 08 do p. 27)	
III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE			
01. Podstawa wymiaru składki		04. Kwota należnej składki finansowanej z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS	
02. Kwota należnej składki finansowanej przez płatnika		05. Kwota należnej składki finansowanej przez Fundusz Kościelny	
03. Kwota należnej składki finansowanej przez ubezpieczonego			
III. D. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ I WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ 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	
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			

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 do 30 czerwca 2008 r.

Załącznik nr 16b

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH		INFORMACJA ROCZNA DLA OSOBY UBEZPIECZONEJ	
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK	I. DANE ORGANIZACYJNE		
	01. Identyfikator informacji (numer/rrrr)		
	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. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ	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			
05. Wymiar czasu			
06. Wymiar czasu			
07. Wymiar czasu			
08. Wymiar czasu			
09. Wymiar czasu			
10. Wymiar czasu			
11. Wymiar czasu			
12. Wymiar czasu			
13. Wymiar czasu			
14. Wymiar czasu			
15. Wymiar czasu			
16. Wymiar czasu			
17. Wymiar czasu			
18. Wymiar czasu			
19. Wymiar czasu			
20. Wymiar czasu			
21. Wymiar czasu			
22. Wymiar czasu			
23. Wymiar czasu			
24. Wymiar czasu			
25. Wymiar czasu			
26. Wymiar czasu			
27. Wymiar czasu			
28. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego			
29. Łączna kwota składek (suma od p. 08 do p. 27)			
III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ	III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE		
	01. Podstawa wymiaru składki		
	02. Kwota należnej składki finansowanej przez płatnika		
	03. Kwota należnej składki finansowanej przez ubezpieczonego		
	04. Kwota należnej składki finansowanej z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS		
	05. Kwota należnej składki finansowanej przez Fundusz Kościelny		
	III. D. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ I WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ 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			

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	CHOROBOWE	WYPADKOWE	
PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	05.		06.	07.	
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:					
ubezpieczonych	08.	09.	10.	11.	
płatnika	12.	13.	14.	15.	
budżet państwa	16.	17.	18.	19.	
PFRON ²⁾	20.	21.	22.	23.	
Fundusz Kościelny	24.	25.	26.	27.	
28. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego				29. Łączna kwota składek (suma od p. 08 do p. 27)	
III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE					
01. Podstawa wymiaru składki		02. Kwota należnej składki finansowanej przez płatnika		04. Kwota należnej składki finansowanej z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS	
03. Kwota należnej składki finansowanej przez ubezpieczonego		05. Kwota należnej składki finansowanej przez Fundusz Kościelny			
III. D. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ I WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ 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	
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					

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 do 30 czerwca 2008 r.

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

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

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator zgłoszenia 02. Data nadania (dd / mm / rrrr) 03. Nalepka "R"

Nr. Nr. Nr. R. R. R. R.

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek) 02. Numer REGON

03. Numer PESEL¹⁾ 04. Rodzaj dokumentu: 05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona jeśli dowód osobisty, wpisać 1,

07. Nazwisko jeśli paszport - 2

08. Imię pierwsze 09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

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

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 PESEL¹⁾ 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

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 Okres 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 Okres 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 Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze 15. Od (dd / mm / rrrr) 16. Do (dd / mm / rrrr) 17. Wymiar czasu pracy

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

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 PESEL¹⁾ 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

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 Okres 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 Okres 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 Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze 15. Od (dd / mm / rrrr) 16. Do (dd / mm / rrrr) 17. Wymiar czasu pracy

PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE 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. DANE O PRACY W SZCZEGÓLNYCH
WARUNKACH / O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE

V. 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)

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

Okres 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

Okres 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

Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze
15. Od (dd / mm / rrrr)

16. Do (dd / mm / rrrr)

17. Wymiar czasu pracy

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

VI. 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)

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

Okres 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

Okres 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

Okres pracy w szczególnych warunkach / o szczególnym charakterze
15. Od (dd / mm / rrrr)

16. Do (dd / mm / rrrr)

17. Wymiar czasu pracy

VII. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

VII. 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

VIII. ADNOTACJE ZUS

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

KODY WYKORZYSTYWANE PRZY WYPEŁNIANIU DOKUMENTÓW

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:
 - 01 10 – pracownik podlegający ubezpieczeniom społecznym i ubezpieczeniu zdrowotnemu
 - 01 11 – pracownik podlegający ubezpieczeniom społecznym i z mocy przepisów szczególnych niepodlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu
 - 01 12 – osoba pobierająca świadczenie szkoleniowe wypłacane po ustaniu zatrudnienia
 - 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 (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), 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.
 - 01 20 – pracownik młodociany
 - 01 24 – były pracownik mianowany lub były urzędnik służby cywilnej, z którym został rozwiązany stosunek pracy, pobierający świadczenie pieniężne za okres po ustaniu zatrudnienia
 - 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.; 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”

⁵⁾ Ze zmianami wprowadzonymi przez § 1 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 19 grudnia 2014 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie określenia wzorów zgłoszeń do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego, imiennych raportów miesięcznych i imiennych raportów miesięcznych korygujących, zgłoszeń płatnika, deklaracji rozliczeniowych i deklaracji rozliczeniowych korygujących, zgłoszeń danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze oraz innych dokumentów (Dz. U. poz. 1957), które weszło w życie z dniem 1 stycznia 2015 r., oraz § 1 pkt 2 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 4; § 1 pkt 2 lit. b wejdzie w życie z dniem 1 kwietnia 2016 r.

- 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
- 02 00 – osoba wykonująca pracę nakładczą
- 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 dnia 1 stycznia 2008 r., a obecnie ma obowiązek dopłaty składek i przekazuje po dniu 30 czerwca 2008 r. dokumenty rozliczeniowe korygujące za okres do grudnia 2007 r.
- 03 10 – członek rolniczej spółdzielni produkcyjnej, spółdzielni kółek rolniczych lub innej spółdzielni zajmującej się produkcją rolną
- 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
- 04 11 – osoba wykonująca umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług
- 04 17 – osoba wykonująca umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług, z mocy przepisów szczególnych niepodlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu
- 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 na podstawie umowy uaktywniającej w rozumieniu ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 (Dz. U. z 2016 r. poz. 157), dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia stanowi kwota nie wyższa niż wysokość minimalnego wynagrodzenia za pracę
- 04 31 – osoba sprawująca 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, dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia stanowi nadwyżka ponad kwotę minimalnego wynagrodzenia za pracę

- 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, oraz osoba prowadząca niepubliczną szkołę, placówkę lub ich zespół, na podstawie przepisów o systemie oświaty
- 05 11 – osoba współpracująca z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność
- 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 podjęła 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 dnia 1 stycznia 2008 r., a obecnie ma obowiązek dopłaty składek i przekazuje po dniu 30 czerwca 2008 r. dokumenty rozliczeniowe korygujące za okres do grudnia 2007 r.
- 05 20 – twórca
- 05 30 – artysta
- 05 40 – osoba prowadząca pozarolniczą działalność w zakresie wolnego zawodu
- 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
- 06 10 – poseł lub senator pobierający uposażenie
- 07 10 – stypendysta sportowy pobierający stypendium podlegający z tego tytułu ubezpieczeniom społecznym oraz ubezpieczeniu zdrowotnemu albo wyłącznie ubezpieczeniu zdrowotnemu
- 07 20 – stypendysta sportowy pobierający stypendium 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
- 09 40 – osoba zamieszkała w Rzeczypospolitej Polskiej pobierająca zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne
- 09 41 – osoba pobierająca zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne, zamieszkała w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA)
- 10 10 – duchowny, nieprowadzący pozarolniczej działalności gospodarczej, opłacający składkę od minimalnej podstawy wymiaru
- 10 11 – duchowny, nieprowadzący pozarolniczej działalności gospodarczej, opłacający składkę od minimalnej podstawy oraz od zadeklarowanej nadwyżki ponad minimalną podstawę wymiaru, należną za okres do dnia 31 marca 2004 r.
- 10 12 – duchowny, nieprowadzący pozarolniczej działalności gospodarczej, opłacający składkę od zadeklarowanej nadwyżki ponad minimalną podstawę wymiaru
- 10 20 – duchowny, nieprowadzący pozarolniczej działalności gospodarczej, będący członkiem zakonu kontemplacyjno-klauzurowego lub misjonarzem, opłacający składkę od minimalnej podstawy wymiaru
- 10 50 – alumn seminarium duchownego, nowicjusz, postulanta i juniorysta, podlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu
- 11 10 – żołnierz niezawodowy w służbie czynnej
- 11 11 – osoba odbywająca służbę zastępczą
- 11 12 – osoba odbywająca nadterminową zasadniczą służbę wojskową
- 11 13 – osoba odbywająca okresową służbę wojskową
- 11 14 – funkcjonariusz w służbie kandydackiej oraz kandydat na żołnierza zawodowego
- 11 20 – żołnierz zawodowy
- 11 30 – funkcjonariusz Policji
- 11 31 – funkcjonariusz Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Agencji Wywiadu
- 11 32 – funkcjonariusz Straży Granicznej
- 11 33 – funkcjonariusz Państwowej Straży Pożarnej
- 11 34 – funkcjonariusz Służby Celnej
- 11 35 – funkcjonariusz Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego albo Biura Ochrony Rządu
- 11 40 – funkcjonariusz Służby Więziennej
- 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 ze służby lub utratą prawa do emerytury bądź renty
- 12 11 – osoba przebywająca na urlopie wychowawczym

- 12 50 – osoba sprawująca osobistą opiekę nad dzieckiem, która bezpośrednio przed podjęciem opieki podlegała ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność
- 12 60 – osoba sprawująca osobistą opiekę nad dzieckiem, która bezpośrednio przed sprawowaniem opieki podlegała ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym jako zleceniobiorca
- 12 70 – osoba sprawująca osobistą opiekę nad dzieckiem, która bezpośrednio przed podjęciem opieki podlegała ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym jako osoba współpracująca z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność albo ze zleceniobiorcą
- 12 80 – osoba sprawująca osobistą opiekę nad dzieckiem, która bezpośrednio przed podjęciem opieki podlegała ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym jako osoba duchowna
- 12 90 – osoba sprawująca osobistą opiekę nad dzieckiem, podlegająca wyłącznie ubezpieczeniu emerytalnemu
- 12 40 – osoba pobierająca zasiłek macierzyński
- 13 10 – osoba, która na podstawie odrębnych przepisów lub układów zbiorowych pracy pobiera świadczenie socjalne wypłacane w czasie urlopu innego niż kolejowy
- 13 20 – osoba pobierająca zasiłek socjalny na czas przekwalifikowania zawodowego i poszukiwania nowego zatrudnienia
- 13 21 – osoba, która na podstawie odrębnych przepisów lub układów zbiorowych pracy pobiera świadczenie socjalne wypłacane w czasie urlopu kolejowego
- 13 22 – osoba pobierająca świadczenie socjalne w okresie zwolnienia z obowiązku świadczenia pracy
- 14 22 – świadczeniobiorca, za którego jednostka organizacyjna pomocy społecznej albo wójt, burmistrz lub prezydent miasta ma obowiązek opłacać składki
- 18 11 – student lub uczestnik studiów doktoranckich, za którego szkoła wyższa lub jednostka organizacyjna prowadząca studia doktoranckie jest zobowiązana do opłacania składek na ubezpieczenie zdrowotne
- 18 30 – słuchacz Krajowej Szkoły Administracji Publicznej
- 19 00 – osoba podlegająca dobrowolnie ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym, na podstawie art. 7 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych
- 19 10 – osoba podlegająca dobrowolnie ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym w okresie zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej
- 20 10 – sędzia
- 20 20 – prokurator, ławnik sądowy, aplikant Krajowej Szkoły Sądownictwa i Prokuratury
- 20 30 – sędzia lub prokurator, za którego jest obowiązek opłacenia składek na ubezpieczenia społeczne, w związku z rozwiązaniem lub wygaśnięciem stosunku służbowego
- 21 10 – dziecko lub uczeń niepodlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu
- 21 20 – słuchacz zakładu kształcenia nauczycieli niepodlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu
- 22 10 – kombatan, za którego składki na ubezpieczenie zdrowotne ma obowiązek opłacać Urząd do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych
- 22 30 – osoba podlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu uprawnienia do świadczeń alimentacyjnych na podstawie ugody sądowej lub prawomocnego orzeczenia sądu
- 22 40 – członek rady nadzorczej, podlegający z tego tytułu wyłącznie ubezpieczeniu zdrowotnemu

- 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 zamieszkały w Rzeczypospolitej Polskiej, którego 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 (Dz. U. z 2015 r. poz. 965, z późn. zm.), 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, dozorowanie pracy walców lub samotoków, ingerencja przy wypadaniu i zaklinowaniu materiałów
- 12 – prace przy obsłudze dźwignic bezpośrednio przy wytapianiu surówki, 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 izolacyjnoegzotermicznych 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 szkliwieniu wyrobów ceramicznych
- 20 – prace nurka lub kesoniarza, prace w komorach hiperbarycznych
- 21 – prace fizyczne ciężkie bezpośrednio przy przeładunku 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 ścinie 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 walczaków 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 (Dz. U. z 2016 r. poz. 191), 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 (Dz. U. z 2014 r. poz. 382, z późn. zm.)
- 22 – prace personelu sprawującego opiekę nad mieszkańcami domów pomocy społecznej dla przewlekłe psychicznie chorych, niepełnosprawnych intelektualnie dzieci i młodzieży lub dorosłych, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2015 r. poz. 163, z późn. zm.)

- 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 (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375, z późn. zm.)
- 24 – prace personelu medycznego w zespołach operacyjnych dyscyplin zabiegowych i anestezjologii w warunkach ostrego dyżuru

V. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia składa się z trzech 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 o swobodzie działalności gospodarczej

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 o swobodzie działalności gospodarczej.
- 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 (Dz. U. z 2014 r. poz. 1502, z późn. zm.)
 - 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 wspólników 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 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
- 4) 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
- 5) 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
- 6) 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
 - 7) 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 deklaracji rozliczeniowej i imiennego raportu miesięcznego
 - 41–49 włącznie – dla deklaracji rozliczeniowej korygującej i imiennego raportu miesięcznego korygującego
- Numer imiennego raportu miesięcznego powinien być zgodny z numerem deklaracji rozliczeniowej, do której jest dołączony