

podaj ten identyfikator

podaj miesiąc i rok, za który sporządzasz rozliczenie

zawsze podaj ten kod

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

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

**I. DANE ORGANIZACYJNE**

01. Termin przysyłania deklaracji i raportów: **3**

02. Identyfikator deklaracji (numer / mm / rrrr): **40 01 20 21**

03. Data nadania (dd / mm / rrrr):

04. Małepka: **0**

05. Znak i numer decyzji pokontrolnej:

**II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK**

01. Numer NIP (wpisać bez kresek): **9 9 9 9 9 9 9 9 9 9**

02. Numer REGON:

03. Numer PESEL<sup>1)</sup>: **9 9 9 9 9 9 9 9 9 9**

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

05. Seria i numer dokumentu:

06. Nazwa skrócona:

07. Nazwisko: **K O W A L S K A**

08. Imię pierwsze: **J A D W I G A**

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr): **9 9 9 9 9 9 9 9**

**III. INNE INFORMACJE**

01. Liczba ubezpieczonych: **1**

02. Wniosek pracodawcy o dofinansowanie składek za osoby niepełnosprawne ze środków PFRON i budżetu państwa<sup>2)</sup>

03. Stopa procentowa składek na ubezpieczenie wypadkowe: **1 6 7**%

**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
	<b>2 7 3 2 8</b>	<b>1 1 2 0 0</b>	<b>3 8 5 2 8</b>
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:			
04. ubezpieczonych	zł, gr	zł, gr	zł, gr
07. płatnika	zł, gr	zł, gr	zł, gr
10. budżet państwa	<b>2 7 3 2 8</b>	<b>1 1 2 0 0</b>	<b>3 8 5 2 8</b>
13. PFRON <sup>2)</sup>	zł, gr	zł, gr	zł, gr
16. Fundusz Kościelny	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
	<b>3 4 3 0</b>	<b>2 3 3 8</b>	<b>5 7 6 8</b>
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:			
22. ubezpieczonych	<b>3 4 3 0</b>	zł, gr	<b>3 4 3 0</b>
25. płatnika	zł, gr	zł, gr	zł, gr
28. budżet państwa	zł, gr	<b>2 3 3 8</b>	<b>2 3 3 8</b>
31. PFRON <sup>2)</sup>	zł, gr	zł, gr	zł, gr
34. Fundusz Kościelny	zł, gr	zł, gr	zł, gr

37. Kwota składek na ubezpieczenia społeczne, które powinien przekazać płatnik (p. 06 + p. 09 + p. 24 + p. 27): **3 4 3 0**

**V. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ PODLEGAJĄCYCH ROZLICZENIU W CIĘŻAR SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE**

01. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego	zł, gr	03. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego	zł, gr
02. Kwota wynagrodzenia należnego płatnikowi od wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego	zł, gr	04. Kwota wypłaconych świadczeń finansowanych z budżetu państwa / FUS <sup>3)</sup>	zł, gr
05. Łączna kwota do potrącenia (p. 01 + p. 02 + p. 03 + p. 04)		zł, gr	

jestes platnikiem podaj swoje dane zgodnie z ZUS ZFA

podaj liczbę ubezpieczonych

kwoty wylczone dla wynagrodzenia niani w wysokości 1400,00 zł

kwota wylczona dla wynagrodzenia niani w wysokości 1400,00 zł

podaj, jezeli zatrudniasz tylko niani

składka, którą musisz pobrać od niani

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

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

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

kwota wyliczona od podstawy składki zdrowotnej (1400,00 – 34.30 = 1365,70)

1 2 2 9 1

**VII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FP I FS ORAZ FGŚP**

01. Kwota należnych składek na Fundusz Pracy i Fundusz Solidarnościowy <sup>6)</sup>	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	gr	<input type="text"/>
02. Kwota należnych składek na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	gr	<input type="text"/>
03. Kwota do zapłaty (p. 01 + p. 02)	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	gr	<input type="text"/>

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

01. Liczba pracowników, za których jest opłacana składka na Fundusz Emerytur Pomostowych	<input type="text"/>				
02. Liczba stanowisk pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze	<input type="text"/>				
03. Suma należnych składek na Fundusz Emerytur Pomostowych	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	gr	<input type="text"/>

**IX. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK DO ZWROTU / ZAPŁATY (p.IV.37 + p.VI.07 + p.VII.03 + p.VIII.03 - p.V.05)**

01. Kwota do zwrotu przez ZUS <sup>7)</sup>	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	gr	<input type="text"/>
02. Kwota do zapłaty	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	gr	<input type="text"/>

3 4 3 0

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia	<input type="text"/>				
02. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	gr	<input type="text"/>
03. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	gr	<input type="text"/>
04. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie wypadkowe	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	gr	<input type="text"/>
05. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne	<input type="text"/>	zł	<input type="text"/>	gr	<input type="text"/>
06. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe	<input type="checkbox"/>				

podaj datę wypełnienia dokumentów rozliczeniowych

składka, którą musisz opłacić za nią do ZUS za ten miesiąc, w terminie do 15 dnia następnego miesiąca

**XI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK**

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

1 5 0 2 2 0 2 1

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

02. Podpis płatnika składek lub osoby upoważnionej	03. Pieczęć płatnika składek
<p>jestes płatnikiem podpis</p>	

Pouczenie: W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. IX.02 lub wpłacenia jej w niepełnej wysokości, niniejsza deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz. U. z 2019 r. poz. 1438, z późn. zm.)

**XII. ADNOTACJE ZUS**

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

<sup>2)</sup> Pół nie wypełnia się w dokumentach za okres od stycznia 2008 r., a w razie składania korekt za okres do grudnia 2007 r. może zostać wykazana kwota nie wyższa od kwoty dofinansowania uwzględnionego w deklaracji za ten okres, złożonej nie później niż w dniu 30 czerwca 2008 r.

<sup>3)</sup> W polu należy wykazać wypłacaną za okres od stycznia 2016 r. kwotę podwyższenia zasiłku macierzyńskiego do wysokości kwoty świadczenia rodzicielskiego finansowanego z funduszu chorobowego.

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

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

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

<sup>7)</sup> Kwota nadpłaty, zgodnie z art. 24 ust. 6a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 300, z późn. zm.), podlega zaliczeniu przez Zakład z urzędu na poczet zaległych lub bieżących składek, a w razie ich braku na poczet przyszłych składek, ohyba że płatnik składek złoży wniosek o zwrot składek.

podaj ten identyfikator

podaj miesiąc i rok, za który sporządzasz rozliczenie

PLATNIK 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
--------------------------------	---------	-----------	---

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr)

40 012021

kod identyfikatora, np. P oznacza PESEL

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

9999999999

02. Numer REGON

9999999999

03. Numer PESEL<sup>1)</sup>

9999999999

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

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko  
KOWALSKA

08. Imię pierwsze  
JADWIGA

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

99999999

PESEL lub inny identyfikator z ZUS ZUA

jestes platnikiem podaj swoje dane zgodne z ZUS ZFA

imię i nazwisko niani

JANKOWSKA

DOMINIKA

03. Typ 04. Identyfikator  
P 888888888888

kod tytułu ubezpieczenia niani z ZUS ZUA

01. Kod tytułu ubezpieczenia  
04 30 0 0

wynagrodzenie niani 1400,00 zł

04. Wymiar czasu pracy  
1 4 0 0 0 0

05. Wymiar czasu pracy  
1 4 0 0 0 0

06. Wymiar czasu pracy  
1 4 0 0 0 0

kwoty wyliczone dla wynagrodzenia niani w wysokości 1400,00 zł

07. Wynagrodzenie ubezpieczonego  
2 7 3 2 8

08. Wynagrodzenie płatnika składek  
1 1 2 0 0

09. Wynagrodzenie budżetu państwa  
3 4 3 0

10. Wynagrodzenie Funduszu Kościelnego  
2 3 3 8

11. Wynagrodzenie PFRON<sup>a)</sup>  
2 7 3 2 8

12. Wynagrodzenie Funduszu Kościelnego  
1 1 2 0 0

13. Wynagrodzenie PFRON<sup>a)</sup>  
3 4 3 0

14. Wynagrodzenie Funduszu Kościelnego  
2 3 3 8

15. Wynagrodzenie PFRON<sup>a)</sup>  
2 7 3 2 8

16. Wynagrodzenie Funduszu Kościelnego  
1 1 2 0 0

17. Wynagrodzenie PFRON<sup>a)</sup>  
3 4 3 0

18. Wynagrodzenie Funduszu Kościelnego  
2 3 3 8

19. Wynagrodzenie PFRON<sup>a)</sup>  
2 7 3 2 8

20. Wynagrodzenie Funduszu Kościelnego  
1 1 2 0 0

21. Wynagrodzenie PFRON<sup>a)</sup>  
3 4 3 0

22. Wynagrodzenie Funduszu Kościelnego  
2 3 3 8

23. Wynagrodzenie PFRON<sup>a)</sup>  
2 7 3 2 8

24. Wynagrodzenie Funduszu Kościelnego  
1 1 2 0 0

25. Wynagrodzenie PFRON<sup>a)</sup>  
3 4 3 0

26. Wynagrodzenie Funduszu Kościelnego  
2 3 3 8

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

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

29. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.26)  
4 4 2 9 6

III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Podstawa wymiaru składki  
1 3 6 5 7 0

02. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika składek<sup>a)</sup>

04. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego

03. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS  
1 2 2 9 1

05. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny

III. D. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA<sup>a)</sup>

01. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego

03. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego

02. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego

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

podstawa składki zdrowotnej (1400,00 - 34,30 = 1365,70) i wyliczona składka

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**

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBOWE	WYPADKOWE
01. Kod tytułu ubezpieczenia	02. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe			03. Wymiar czasu pracy
04. Podstawa wymiaru składek	05.	06.	07.	08.
09. Podstawa wymiaru składek	10.	11.	12.	13.
14. Składka finansowana przez ubezpieczonego	15.	16.	17.	18.
19. Składka finansowana przez płatnika składek	20.	21.	22.	23.
24. Składka finansowana przez budżet państwa	25.	26.	27.	28.
29. PFRON <sup>1)</sup>	30.	31.	32.	33.
34. Fundusz Kościelny	35.	36.	37.	38.
27. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego				
28. Kwota wpłaty w ramach pracowniczego planu kapitałowego finansowana przez płatnika składek				
29. 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 składek<sup>2)</sup>

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<sup>4)</sup>**

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)

**15 02 2021**

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

02. Podpis płatnika składek lub osoby upoważnionej	03. Pieczętka płatnika składek
<b>jesteś płatnikiem podpisz</b>	

**VI. ADNOTACJE ZUS**

<sup>1)</sup> Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.  
<sup>2)</sup> Pól nie wypełnia się w dokumentach za okres od stycznia 2008 r., a w razie składania korekt za okres do grudnia 2007 r. może zostać wykazana kwota nie wyższa od kwoty dofinansowania uwzględnionego w raporcie za ten okres, złożonym nie później niż w dniu 30 czerwca 2008 r.  
<sup>3)</sup> W tym polu należy także wykazać kwotę składki finansowaną z budżetu państwa, jeśli dotację otrzymuje płatnik składek.  
<sup>4)</sup> 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.

podaj datę wypełnienia dokumentów rozliczeniowych