

# Leitfaden für ausländische Arbeitgeber ohne Sitz oder Vertretung in Polen



ZAKŁAD  
UBEZPIECZEŃ  
SPOŁECZNYCH



# Leitfaden für ausländische Arbeitgeber ohne Sitz oder Vertretung in Polen

[WWW.ZUS.PL](http://WWW.ZUS.PL)



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



ZAKŁAD  
UBEZPIECZEŃ  
SPOŁECZNYCH

## TEIL 1

1.	Einleitung	5
2.	Wo können Sie Ihre Angelegenheiten erledigen?	5
3.	Was tun, wenn man keine NIP hat	5
4.	Was tun, wenn man eine NIP hat	6
	Individuelles Konto für Beitragsüberweisungen (NRS)	6
5.	Wie kann man sich als Beitragszahler für das polnische Versicherungssystem anmelden?	6
5.1.	Wie soll man das ZUS ZFA-Formular (für natürliche Personen) ausfüllen - Anmeldung des Beitragszahlers	6
	Teil I. ORGANISATIONSDATEN	7
	Teil II. IDENTIFIZIERUNGSDATEN DES BEITRAGSZAHLERS	7
	Teil III. BUCHUNGSDATEN DES BEITRAGSZAHLERS	8
	Teil IV. GRUNDLAGE ZUR FÜHRUNG DER NICHTLANDWIRTSCHAFTLICHEN TÄTIGKEIT	8
	Teil V. BANKKONTODATEN DES BEITRAGSZAHLERS	8
	Teil VI. SITZADRESSE DES BEITRAGSZAHLERS	8
	Teil VII. WOHNADRESSE DES BEITRAGSZAHLERS	9
	Teil VIII. POSTANSCHRIFT DES BEITRAGSZAHLERS	9
	Teil IX. ANGABEN ZUM STEUERBERATUNGSBÜRO	10
	Teil X. ERKLÄRUNG DES BEITRAGSZAHLERS	10
5.2.	Wie soll man das Formular ZUS ZPA (für natürliche Personen) ausfüllen - Anmeldung des Beitragszahlers	10
	Teil I. ORGANISATIONSDATEN	11
	Teil II. IDENTIFIZIERUNGSDATEN DES BEITRAGSZAHLERS	11
	Teil III. BUCHUNGSDATEN DES BEITRAGSZAHLERS	12
	Teil IV. ANGABEN ZUM BANKKONTO DES BEITRAGSZAHLERS	12
	Teil V. SITZADRESSE DES BEITRAGSZAHLERS	12
	Teil VI. POSTANSCHRIFT DES BEITRAGSZAHLERS	13
	Teil VII. ANGABEN ZUM STEUERBERATUNGSBÜRO	13
	Teil VIII. ERKLÄRUNG DES BEITRAGSZAHLERS	14
6.	Wie kann sich ein Beitragszahler abmelden?	14
6.1.	Wie soll man das Formular ZUS ZWPA ausfüllen - Abmeldung des Beitragszahlers	14
	Teil I. ORGANISATIONSDATEN	15
	Teil II. IDENTIFIZIERUNGSDATEN DES BEITRAGSZAHLERS	15
	Teil III. ABMELDUNGSDATEN DES BEITRAGSZAHLERS	15
	Teil IV. ERKLÄRUNG DES BEITRAGSZAHLERS	16
7.	Wie meldet man einen Arbeit-/Auftragnehmer zur Versicherung an?	16
7.1.	Wie meldet man einen Arbeitnehmer zur Versicherung an?	17
	Teil I. ORGANISATIONSDATEN	17
	Teil II. IDENTIFIZIERUNGSDATEN DES BEITRAGSZAHLERS	17
	Teil III. IDENTIFIZIERUNGSDATEN DER ZU VERSICHERNDEN PERSON	18
	Teil IV. BUCHUNGSDATEN DER ZU VERSICHERNDEN PERSON	18
	Teil V. VERSICHERUNGSANSPRUCH	19
	Teil VI. ANGABEN ZUR SOZIALVERSICHERUNGSPFLICHT	19
	Teil VII. ANGABEN ZU KRANKENVERSICHERUNGSPFLICHT	20
	Teil VIII. ANGABEN ZU FREIWILLIGEN SOZIALVERSICHERUNGEN	20
	Teil IX. ANGABEN ZUR FREIWILLIGEN KRANKENVERSICHERUNG	20
	Teil X. ANDERE DATEN DER ZU VERSICHERNDEN PERSON	21
	Teil XI. GEWÖHNLICHER AUFENTHALTSORT	21
	Teil XII. WOHNADRESSE	21
	Teil XIII. KORRESPONDENZADRESSE	22
	Teil XIV. ERKLÄRUNG DES BEITRAGSZAHLERS	22
7.2.	Wie meldet man zur Versicherung einen Auftragnehmer an, für den der Vertrag mit Ihnen der einzige Versicherungsanspruch ist?	23
	Teil I. ORGANISATIONSDATEN	23
	Teil II. IDENTIFIZIERUNGSDATEN DES BEITRAGSZAHLERS	23

Teil III. IDENTIFIZIERUNGSDATEN DER ZU VERSICHERNDEN PERSON	24
Teil IV. BUCHUNGSDATEN DER ZU VERSICHERNDEN PERSON	25
Teil V. VERSICHERUNGSANSPRUCH	25
Teil VI. ANGABEN ZUR SOZIALVERSICHERUNGSPFLICHT	25
Teil VII. ANGABEN ZU KRANKENVERSICHERUNGSPFLICHT	26
Teil VIII. ANGABEN ZU FREIWILLIGEN SOZIALVERSICHERUNGEN	26
Teil IX. ANGABEN ZUR FREIWILLIGEN KRANKENVERSICHERUNG	27
Teil X. ANDERE DATEN DER ZU VERSICHERNDEN PERSON	27
Teil XI. GEWÖHNLICHER AUFENTHALTSORT	27
Teil XII. WOHNADRESSE	27
Teil XIII. KORRESPONDENZADRESSE	28
Teil XIV. ERKLÄRUNG DES BEITRAGZAHLERS	28
<b>7.3. Wie meldet man zur Versicherung einen Auftragnehmer an, der einen anderen Versicherungsanspruch hat?</b>	<b>29</b>
Teil I. ORGANISATIONSDATEN	29
Teil II. IDENTIFIZIERUNGSDATEN DES BEITRAGZAHLERS	30
Teil III. IDENTIFIZIERUNGSDATEN DER ZU VERSICHERNDEN PERSON	30
Teil IV. BUCHUNGSDATEN DER ZU VERSICHERNDEN PERSON	31
Teil V. VERSICHERUNGSANSPRUCH	31
Teil VI. ANGABEN ZU KRANKENVERSICHERUNGSPFLICHT	32
Teil VII. ANGABEN ZUR FREIWILLIGEN KRANKENVERSICHERUNG	32
Teil VIII. GEWÖHNLICHER AUFENTHALTSORT	33
Teil IX. WOHNADRESSE	33
Teil X. KORRESPONDENZADRESSE	33
Teil XI. ERKLÄRUNG DES BEITRAGZAHLERS	34

## TEIL 2

<b>8. Wie meldet man einen Arbeit-/Auftragnehmer von den Versicherungen ab?</b>	<b>35</b>
Teil I. ORGANISATIONSDATEN	35
Teil II. IDENTIFIZIERUNGSDATEN DES BEITRAGZAHLERS	35
Teil III. IDENTIFIZIERUNGSDATEN DER ZU ABMELDENDEN PERSON	36
Teil IV. ABMELDUNG VON DEN VERSICHERUNGEN	36
Teil V. AUFLÖSUNG/AUSLAUF DES ARBEITS-/DIENSTVERHÄLTNISSES	36
Teil VI. ERKLÄRUNG DES BEITRAGZAHLERS	37
Teil VII. IDENTIFIZIERUNGSDATEN DER ABGEMELDETEN PERSON	37
<b>9. Wie berechnet man die Beiträge für Versicherte?</b>	<b>38</b>
<b>9.1. Wie sollen die fälligen Beiträge berechnet werden?</b>	<b>38</b>
9.1.1. Bemessungsgrundlage für die Berechnung des Sozialversicherungsbeitrags	38
9.1.2. Bemessungsgrundlage für die Berechnung des Krankenversicherungsbeitrags	39
9.1.3. Höhe des Beitrags für Arbeits- und Solidaritätsfonds	39
9.1.4. Höhe des Beitrags zum Fonds für Überbrückungsrente	40
<b>9.2. Welche Abrechnungsunterlagen müssen Sie ausfüllen?</b>	<b>40</b>
9.2.1. Wie soll man das ZUS DRA-Formular ausfüllen?	41
Teil I. ORGANISATIONSDATEN	41
Teil II. IDENTIFIZIERUNGSDATEN DES BEITRAGZAHLERS	41
Teil III. SONSTIGE ANGABEN	42
Teil IV. ZUSAMMENSTELLUNG DER FÄLLIGEN BEITRÄGE ZU SOZIALVERSICHERUNGEN UND FINANZIERUNGSQUELLEN	42
Teil V. ZUSAMMENSTELLUNG DER AUSGEZAHLTEN LEISTUNGEN ABGEGOLTEN ZULASTEN DER BEITRÄGE FÜR SOZIALVERSICHERUNG	43
Teil VI. ZUSAMMENSTELLUNG DER FÄLLIGEN BEITRÄGE ZUR KRANKENVERSICHERUNG	44
Teil VII. ZUSAMMENSTELLUNG DER FÄLLIGEN BEITRÄGE ZUM ARBEITS- UND SOLIDARITÄTSFONDS	44
Teil VIII. ZUSAMMENSTELLUNG DER FÄLLIGEN BEITRÄGE ZUM FONDS FÜR ÜBERBRÜCKUNGSRENTE	44
Teil IX. ZUSAMMENSTELLUNG DER ZU ERSTATTENDEN/BEZAHLENDEN BEITRÄGE	45
Teil X. EINNAHMENERKLÄRUNG	45
Teil XI. ERKLÄRUNG DES BEITRAGZAHLERS	45
9.2.2. Wie soll man das persönliche ZUS RCA-Formular ausfüllen?	45
Teil I. ORGANISATIONSDATEN	46
Teil II. IDENTIFIZIERUNGSDATEN DES BEITRAGZAHLERS	46
Teil III. DATEN DER VERSICHERTEN PERSON	46

Teil III A. IDENTIFIZIERUNGSDATEN DER VERSICHERTEN PERSON	46
Teil III B. ZUSAMMENSTELLUNG DER FÄLLIGEN BEITRÄGE ZUR SOZIALVERSICHERUNG	47
Teil III C. ZUSAMMENSTELLUNG DER FÄLLIGEN BEITRÄGE ZUR KRANKENVERSICHERUNG	48
Teil III D. ZUSAMMENSTELLUNG DER AUSGEZAHLTEN FINANZIERTEN AUS DEM STAATSHAUSHALT LEISTUNGEN	48
Teil IV. DATEN DER VERSICHERTEN PERSON	48
Teil V. ERKLÄRUNG DES BEITRAGSZAHLERS	49
9.2.3. Wie soll man das persönliche ZUS RPA-Formular ausfüllen?	49
Teil I. ORGANISATIONSDATEN	50
Teil II. IDENTIFIZIERUNGSDATEN DES BEITRAGSZAHLERS	50
Teil III. DATEN DER VERSICHERTEN PERSON	50
Teil III A. IDENTIFIZIERUNGSDATEN DER VERSICHERTEN PERSON	50
Teil III B. BETRAG DER AUSGEZAHLTEN EINNAHME IM BETREFFENDEN MONAT, DER FÄLLIG FÜR EIN ANDERES KALENDERJAHR WAR, ABER GALT ALS DIE BEITRAGSBEMESSUNGSGRUNDLAGE FÜR DIE RENTENVERSICHERUNGEN	51
Teil III C. BETRAG DER AUSGEZAHLTEN EINNAHME IM BETREFFENDEN MONAT, DER FÄLLIG FÜR EIN ANDERES KALENDERJAHR WAR, ABER GALT ALS DIE BEITRAGSBEMESSUNGSGRUNDLAGE FÜR DIE UNFALLVERSICHERUNG	51
Teil III D. BETRAG DER AUSGEZAHLTEN EINNAHME IM BETREFFENDEN MONAT NEBEN DEM ENTGELT FÜR DIE ZEIT DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT, KRANKEN-, MUTTERSCHAFTS-, PFLEGE- UND REHABILITATIONSGELD, DER ZUR ZEIT DES ERHALTS DER VERGÜTUNG ODER ENTGELT NICHT ALS DIE BEITRAGSBEMESSUNGSGRUNDLAGE FÜR DIE RENTENVERSICHERUNGEN GALT	52
Teil III E. BETRAG DER AUSGEZAHLTEN EINNAHME IM BETREFFENDEN MONAT NEBEN DEM ENTGELT FÜR DIE ZEIT DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT, KRANKEN-, MUTTERSCHAFTS-, PFLEGE- UND REHABILITATIONSGELD, DER ZUR ZEIT DES ERHALTS DER VERGÜTUNG ODER ENTGELT NICHT ALS DIE BEITRAGSBEMESSUNGSGRUNDLAGE FÜR DIE RENTENVERSICHERUNGEN GALT UND DER FÜR EIN ANDERES KALENDERJAHR FÄLLIG IST	52
Teil III F. ZEITEN DER LEHRTÄTIGKEIT	52
Teil IV. ERKLÄRUNG DES BEITRAGSZAHLERS	53
9.2.4. Wie soll man das persönliche ZUS RZA-Formular ausfüllen?	53
Teil I. ORGANISATIONSDATEN	53
Teil II. IDENTIFIZIERUNGSDATEN DES BEITRAGSZAHLERS	53
Teil III. DATEN DER VERSICHERTEN PERSON	54
Teil III A. IDENTIFIZIERUNGSDATEN DER VERSICHERTEN PERSON	54
Teil III B. FÄLLIGER BEITRAG ZUR KRANKENVERSICHERUNG	54
Teil IV. DATEN DER VERSICHERTEN PERSON	55
Teil VIII. ERKLÄRUNG DES BEITRAGSZAHLERS	55
9.2.5. Wie soll man das persönliche ZUS RSA-Formular ausfüllen?	55
Teil I. ORGANISATIONSDATEN	55
Teil II. IDENTIFIZIERUNGSDATEN DES BEITRAGSZAHLERS	56
Teil III. DATEN DER VERSICHERTEN PERSON	56
Teil III A. IDENTIFIZIERUNGSDATEN DER VERSICHERTEN PERSON	56
Teil III B. GRÜNDE FÜR BEITRAGSLÜCKEN, BEITRAGSLOSE ZEITEN UND ZUSAMMENSTELLUNG DER AUSGEZAHLTEN LEISTUNGEN/ENTGELTFORTZAHLUNG IM KRANKHEITSFALL	57
Teil IV. DATEN DER VERSICHERTEN PERSON	57
Teil XI. ERKLÄRUNG DES BEITRAGSZAHLERS	57
9.3. Einreichfristen für Abrechnungsunterlagen und Fälligkeit der Beiträge	58
9.4. Zahlung der Beiträge	58
9.5. Wie berechnet man die Verzugszinsen bei der Einzahlung?	58
9.6. Wie überprüft man den Kontostand bei ZUS?	59
10. Wie sollen die Versicherungsunterlagen übermittelt werden?	59
11. Wie bestellen Sie einen Bevollmächtigten, damit er in Ihren Namen die Unterlagen ausfüllen und an ZUS übermitteln darf?	60
12. Rechtsgrundlage:	60
13. Nützliche Informationen	60
14. Zweistellige Ländercodes	62

## 8. WIE MELDET MAN EINEN ARBEIT-/AUFTRAGNEHMER VON DEN VERSICHERUNGEN AB?

Haben Sie aufgehört, eine Person zu beschäftigen, die den polnischen Rechtsvorschriften bezüglich der Sozial- und Krankenversicherungen im Rahmen eines Auftrags-, Handelsvertreter- oder Dienstleistungsvertrags unterliegt? Dann müssen Sie sie von den Versicherungen abmelden. Verwenden Sie dafür das Formular [ZUS ZWUA - Abmeldung von den Versicherungen](#).

**Übermitteln Sie das ZUS ZWUA-Formular innerhalb von 7 Tagen nach Erlöschung des Versicherungsanspruchs.**

Nachfolgend beschreiben wir, wie das [ZUS ZWUA-Formular - Abmeldung von den Versicherungen](#) auszufüllen. Mehr Informationen finden Sie im Leitfaden [ZUS ZWUA - Abmeldung von den Versicherungen. Anleitung zur Ausfüllung und Korrektur](#).

Alle Unterlagen sollen in den von [www.zus.pl](http://www.zus.pl) heruntergeladenen Formulare ausgefüllt werden. Sie können am Computer oder handschriftlich ausgefüllt werden. Schreiben Sie in Druckbuchstaben und tragen Sie jedes Zeichen in ein separates Kästchen ein. Verwenden Sie einen Stift mit schwarzer oder blauer Tinte. Verwenden Sie keine Sonderzeichen („“, &, =, / . usw.) und diakritische Zeichen (z. B. Ű, Ö).

### Teil I. ORGANISATIONSDATEN

In diesem Teil füllen Sie nur das Feld 01 oder 02 aus.

- ➔ Wenn Sie ein neues Formular ausfüllen - tragen Sie „X“ **im Feld 01** ein.
- ➔ Wenn Sie die vorher angegebenen Daten ändern oder korrigieren wollen, tragen Sie **im Feld 02** „X“ ein.

PLATNIK 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
I. DANE ORGANIZACYJNE		
<input checked="" type="checkbox"/> 01. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ (jeżeli TAK, wpisać X)	<input type="checkbox"/> 02. ZGŁOSZENIE KOREKTY DANYCH O WYREJESTROWANIU Z UBEZPIECZEŃ (jeżeli TAK, wpisać X)	
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)	04. Nalepka „R”	

### Teil II. IDENTIFIZIERUNGSDATEN DES BEITRAGSZAHLERS

In diesem Teil tragen Sie die Daten ein, die Sie bei der Anmeldung des Beitragszahlers im Formular ZUS ZPA oder ZUS ZFA angegeben haben.

- ➔ **Im Feld 01** – tragen Sie die NIP (Steuer-Identifikationsnummer) ein, die vom Zweiten Finanzamt in Warschau zugeteilt wurde und zur Mehrwertsteuerabrechnung dient. Lassen Sie das PL-Symbol weg und trennen Sie die Nummer mit den Strichen nicht.
- ➔ Füllen Sie **die Felder 02 und 03** nicht aus.
- ➔ **Im Feld 04** – tragen sie **2** ein.
- ➔ **Im Feld 05** – tragen Sie die Serie und Nummer des Reisepasses oder eines anderen Ausweises ein. Tragen Sie maximal 9 ersten Buchstaben und Ziffern ohne Leer- und Satzzeichen ein.
- ➔ **Im Feld 06** – schreiben Sie den abgekürzten Namen des Beitragszahlers.
- ➔ **Im Feld 07** – tragen sie den Nachnamen des Beitragszahlers ein. Wenn der Nachname aus zwei oder mehr Wörtern besteht, trennen Sie sie mit einem Strich, z. B. Nowak-Kowalski.
- ➔ **Im Feld 08** – tragen Sie den Vornamen des Beitragszahlers ein.
- ➔ **Im Feld 09** – tragen Sie zusätzlich das Geburtsdatum des Beitragszahlers (Tag/Monat/Jahr) ein, z. B. 27 11 1975.

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK	
01. Numer NIP (wpisać bez kresek)	02. Numer REGON
9 9 9 9 9 9 9 9 9	
03. Numer PESEL <sup>1)</sup>	04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2
	2
06. Nazwa skrócona	05. Seria i numer dokumentu
	A N 0 0 0 0 0 0 0
07. Nazwisko	09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)
K R A M E R	2 7 1 1 1 9 7 5
08. Imię pierwsze	
A N N E L I E S E	

### Teil III. IDENTIFIZIERUNGSDATEN DER ZU ABMELDENDEN PERSON

In diesem Teil tragen Sie die Daten ein, die Sie bei der Anmeldung des Versicherten im Formular ZUS ZUA oder ZUS ZZA angegeben haben.

- ➔ **Im Feld 01** – tragen Sie die PESEL-Nummer des Versicherten ein.
- ➔ Füllen Sie **das Feld 02** nicht aus.
- ➔ Füllen Sie **das Feld 03** nur dann aus, wenn dem Versicherten keine PESEL-Nummer zugeteilt wurde.  
Tragen Sie die Art des Dokuments ein:  
1 – Personalausweis,  
2 – Reisepass.
- ➔ Füllen Sie **das Feld 04** nur dann aus, wenn Sie das Feld 03 auch ausgefüllt haben. Tragen Sie die Serie und Nummer des Ausweises oder Reisepasses ein.
- ➔ **Im Feld 05** – tragen Sie den Nachnamen des Versicherten ein. Wenn der Nachname aus zwei oder mehr Wörtern besteht, trennen Sie sie mit einem Strich, z. B. Nowak-Kowalski.
- ➔ **Im Feld 06** – tragen Sie den Vornamen des Versicherten ein.
- ➔ **Im Feld 07** – tragen Sie zusätzlich das Geburtsdatum des Versicherten (Tag/Monat/Jahr) ein, z. B. 17 03 1988.

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY WYREJESTROWYWANEJ Z UBEZPIECZEŃ			
01. Numer PESEL <sup>1)</sup>	02. Numer NIP (wpisać bez kresek) <sup>2)</sup>	03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)	04. Seria i numer dokumentu
8 8 0 3 1 7 1 1 1 1 1			
05. Nazwisko	07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)		
J A N K O W S K A	1 7 0 3 1 9 8 8		
06. Imię pierwsze			
D O M I N I K A			

### Teil IV. ABMELDUNG VON DEN VERSICHERUNGEN

- ➔ **Im Feld 01** – tragen Sie den Versicherungsanspruchscode ein, den Sie im Formular ZUS ZUA oder ZUS ZZA angegeben haben.
- ➔ **Im Feld 02** – tragen Sie das Datum der Erlöschung des Versicherungsanspruchs ein. Z. B. wenn der letzte Arbeitstag am 15.07.2019 fiel, tragen Sie 16.07.2019 ein.
- ➔ **Im Feld 03** – tragen Sie den Code des Grundes für die Abmeldung ein: Tragen Sie den Code ein:  
100 – wenn der Versicherungsanspruch erlischt, d. h. der Vertrag mit dem Versicherten ist ausgelaufen oder wurde aufgelöst.  
500 – beim Tod des Versicherten.  
600 – bei einem anderen Abmeldungsgrund.

IV. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ		
01. Kod tytułu ubezpieczenia	02. Wyrejestrowanie z ubezpieczeń od dnia (dd / mm / rrrr)	03. Kod przyczyny wyrejestrowania
0 1 1 0 0 0	1 6 0 7 2 0 1 9	1 0 0

### Teil V. AUFLÖSUNG/AUSLAUF DES ARBEITS-/DIENSTVERHÄLTNISSSES

Füllen Sie diesen Teil nur dann aus, wenn Sie von den Versicherungen einen Arbeitnehmer abmelden, d. h. eine Person, die Sie mit dem Versicherungsanspruchscode 01 10 XX angemeldet haben und im Teil IV im Feld 03 100 oder 500 eingetragen haben.

- ➔ **Im Feld 01** – tragen Sie das Auslaufdatum des Arbeits-/Dienstverhältnisses ein. Z. B. wenn der letzte Arbeitstag am 15.07.2019 fiel, tragen Sie dieses Datum ein.
- ➔ **Im Feld 02** – tragen Sie den dreistelligen Code des Auslaufs/der Auflösungsart des Dienstverhältnisses ein. Zu den meist verwendeten Codes gehören:
  - 22R** – Vertragsauflösung im beiderseitigen Einvernehmen,
  - 23R** – Vertragsauflösung nach arbeitgeberseitiger Kündigung,
  - 24R** – Vertragsauflösung nach arbeitnehmerseitiger Kündigung,
  - 25R** – Vertragsauflösung ohne arbeitgeberseitige Kündigung, Fehlverhalten des Arbeitnehmers,
  - 28R** – Arbeitsvertragsauflösung mit Ablauf der vereinbarten Frist,
  - 29R** – Vertragsauflösung ab dem Tag des Abschlusses der Arbeit, für die der Vertrag geschlossen wurde,
  - 48W** – Auslauf des Arbeitsverhältnisses durch Tod des Arbeitnehmers.
 Das dritte Zeichen steht für:
  - R** – Beendigung des Arbeits-/Dienstverhältnisses infolge seiner Auflösung,
  - W** – Beendigung des Arbeits-/Dienstverhältnisses infolge seines Auslaufs.
- ➔ **Im Feld 03** – tragen Sie den Code der Rechtsgrundlage ein, der auf den Grund der Auflösung/ Auslauf des Arbeits-/Dienstverhältnisses hinweist. Zu den meist verwendeten Codes gehören:
  - 402** – Arbeitsvertragsauflösung im beiderseitigen Einvernehmen,
  - 403** – Arbeitsvertragsauflösung nach Kündigung durch einseitige Erklärung,
  - 404** – Arbeitsvertragsauflösung ohne Kündigung wegen schwerer Pflichtverletzung durch den Arbeitnehmer,
  - 424** – Auslauf des Arbeitsvertrags mit dem Todestag des Arbeitnehmers,
  - 550** – andere Rechtsgrundlage der Auflösung oder Auslauf des Arbeits-/Dienstverhältnisses ein.
- ➔ Füllen Sie **das Feld 04** nur dann aus, wenn Sie im Feld 03 den Code 550 eingetragen haben. Tragen Sie die Rechtsgrundlage der Auflösung oder Auslauf des Arbeits-/Dienstverhältnisses ein.
- ➔ **Im Feld 05** – geben Sie an, welche Seite das Arbeitsverhältnis aufgelöst hat:
  - 1** – Arbeitnehmer,
  - 2** – Arbeitgeber.

V. ROZWIĄZANIE/ WYGAŚNIĘCIE STOSUNKU PRACY/ STOSUNKU SŁUŻBOWEGO

01. Data (dd / mm / rrrr)

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

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

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

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

## Teil VI. ERKLÄRUNG DES BEITRAGZÄHLERS

In diesem Teil:

- ➔ **Im Feld 01** – tragen Sie das Ausfüllungsdatum (Tag/Monat/Jahr) ein, z. B. 16 07 2019.
- ➔ **Im Feld 02** – unterschreiben Sie das Formular oder lassen Sie es Ihrem Bevollmächtigten unterschreiben.
- ➔ **Im Feld 03** – lassen Sie das Formular der zu abmeldenden Person unterschreiben.
- ➔ **Im Feld 04** – drücken Sie den Stempel des Beitragszahlers auf (wenn vorhanden).

## Teil VII. IDENTIFIZIERUNGSDATEN DER ABGEMELDETEN PERSON

In diesem Teil:

- ➔ **Im Feld 01** – lassen Sie das Formular der zu abmeldenden Person unterschreiben.

VI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK	VII. OŚWIADCZENIE OSOBY WYREJESTROWYWANEJ Z UBEZPIECZEŃ
01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)	
1 6 0 7 2 0 1 9	
Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.	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	01. Podpis osoby wyrejestrowywanej z ubezpieczeń
<i>Anneliese Kramer</i>	
03. Pieczęćka płatnika	

## 9. WIE BERECHNET MAN DIE BEITRÄGE FÜR VERSICHERTE?

Wenn Sie einen Arbeit- oder Auftragnehmer angemeldet haben und seine Beiträge für folgende Versicherungen verrechnen und bezahlen müssen:

- ➔ Sozialversicherungen,
- ➔ Krankenversicherung,
- ➔ Arbeits- und Solidaritätsfonds,
- ➔ Fonds für Überbrückungsrente.

### 9.1. WIE SOLLEN DIE FÄLLIGEN BEITRÄGE BERECHNET WERDEN?

#### 9.1.1. Bemessungsgrundlage für die Berechnung des Sozialversicherungsbeitrags

In Polen ist der Betrag, ab dem der Sozialversicherungsbeitrag berechnet wird (d. h. die sogenannte Beitragsbemessungsgrundlage), das Bruttogehalt. Wenn Sie verschiedene Arten von Geldleistungen auszahlen, u. a. die Zahlungen für Überstunden, Belohnungen und Naturleistungen, berücksichtigen Sie sie bei der Feststellung der Beitragsbemessungsgrundlage für Sozialversicherungen. Mehr darüber finden Sie im [Einkommenssteuergesetz und im Leitfaden Grundsätze der Sozial- und Krankenversicherung sowie der Feststellung der Beitragsbemessungsgrundlage](#).

Wenn Sie die Entlohnung in Euro oder in einer anderen Fremdwährung auszahlen, rechnen Sie sie in Zloty (PLN) um, um die Beitragsbemessungsgrundlage festzustellen. [Die Entlohnung wird nach dem am letzten Arbeitstag vor der Auszahlung von der polnischen Nationalbank veröffentlichten durchschnittlichen Wechselkurs umgerechnet](#). Einen so berechneten Betrag tragen Sie in die monatlichen Monatsberichte als Beitragsbemessungsgrundlage ein.

Die Beiträge können völlig vom Beitragszahler oder Versicherten finanziert oder vom Beitragszahler und Versicherten kofinanziert werden. Dies sei an einem Beispiel für Finanzierung der Beiträge für Arbeit- und Auftragnehmer verdeutlicht:

Sozialversicherungen					
Altersrente - 19,52%		Erwerbsminderungsrente - 8%		Krankenversicherung - 2,45%	Unfallversicherung - 1,67%
Beitragszahleranteil - 9,76%	Versichertenanteil - 9,76%	Beitragszahleranteil - 6,5%	Versichertenanteil - 1,5%	von Versicherten komplett finanziert	vom Beitragszahler komplett finanziert

Die berechneten Beiträge sind in den namentlichen Monatsbericht [ZUS RCA](#) einzutragen.

### 9.1.2. Bemessungsgrundlage für die Berechnung des Krankenversicherungsbeitrags

Die Beitragsbemessungsgrundlage für die Krankenversicherung ist [das Brutto-Gehalt](#) abzüglich der Beiträge zur Rentenversicherungen, die von den Versicherten finanziert werden.

Krankenversicherung
9%
von Versicherten komplett finanziert

Der berechnete Beitrag ist in den:

- ➔ namentlichen Monatsbericht [ZUS RCA](#) einzutragen, wenn Sie den Arbeit- oder Auftragnehmer mithilfe des ZUS ZUA-Formulars angemeldet haben
- ➔ namentlichen Monatsbericht [ZUS RZA](#) einzutragen, wenn Sie den Auftragnehmer mithilfe des ZUS ZUA-Formulars angemeldet haben.

### 9.1.3. Höhe des Beitrags für Arbeits- und Solidaritätsfonds

Der Beitrag für den Arbeits- und Solidaritätsfonds ist für die Arbeit- und Auftragnehmer zu bezahlen, wenn ihre Beitragsbemessungsgrundlage höher als der [Mindestlohn](#) für ihre Arbeit ist.

Die Beitragsbemessungsgrundlage für den Arbeits- und Solidaritätsfonds ist die Beitragsbemessungsgrundlage für die Rentenversicherungen.

Arbeitsfonds	Solidaritätsfonds
2,30%	0,15%
vom Beitragszahler völlig finanziert	vom Beitragszahler völlig finanziert



**WICHTIG** Sie müssen die Beiträge für den Arbeits- und Solidaritätsfonds nicht ausweisen, wenn:

- ➔ die Beitragsbemessungsgrundlage des Versicherten **niedriger als die Grundlage des Mindestlohns** ist. Wenn die von Ihnen beschäftigte Person Einnahmen aus verschiedenen Versicherungsansprüchen erzielt, summieren Sie ihre Einnahmen und vergleichen Sie diesen Betrag mit dem [Mindestlohn](#). Wenn die Summe der Einnahmen in einem bestimmten Monat den Mindestlohn überschreitet, weisen Sie dann die Beiträge aus;
- ➔ der Arbeit- oder Auftragnehmer weiblich über 55 Jahre oder männlich über 60 Jahre ist. Diese Befreiung gilt unabhängig von der Vertragsart und Gehaltshöhe;
- ➔ Der Arbeitnehmer ist über 50 Jahre und war vor der Beschäftigung bei der Kreisarbeitsverwaltung mindestens 30 Tage als arbeitslos gemeldet. Die Befreiung von der Versicherungspflicht steht 12 Monate zu (betrifft die Personen, die für Sie im polnischen Gebiet arbeiten);
- ➔ Sie alle lediglich im Rahmen eines Auftrags-, Handelsvertreter- oder Saisonarbeitsvertrages beschäftigten.

Sie die Höhe des Beitrags für Arbeits- und Solidaritätsfonds in die Abrechnungserklärung [ZUS DRA](#) eintragen.

#### 9.1.4. Höhe des Beitrags zum Fonds für Überbrückungsrente

Den Beitrag zum Fonds für Überbrückungsrente bezahlen Sie für den Arbeitnehmer, der die Arbeit unter besonderen Bedingungen oder besonderer Art ausübt, inkl. der teilweise beschäftigten Personen. Mehr zu diesem Thema finden Sie im Leitfaden Regeln für die Beitragszahlung zum Fonds für garantierte Arbeitnehmerleistungen, Fonds für Überbrückungsrente, Arbeits- und Solidaritätsfonds

Die Beitragsbemessungsgrundlage für den Fonds für Überbrückungsrente ist die Beitragsbemessungsgrundlage für die Rentenversicherungen.

<b>Fonds für Überbrückungsrente</b>
1,5%
vom Beitragszahler völlig finanziert



**WICHTIG** Sie als Beitragszahler sind verpflichtet, die Arbeit eines betroffenen Arbeitnehmers als Arbeit unter besonderen Bedingungen oder Arbeit besonderer Art einzustufen.

## 9.2. WELCHE ABRECHNUNGSUNTERLAGEN MÜSSEN SIE AUSFÜLLEN?

Als Beitragszahler sind Sie verpflichtet, jeden Monat die vollständigen Abrechnungsunterlagen zu übermitteln, die Abrechnungserklärung ZUS DRA und namentliche Monatsberichte umfassen: ZUS RCA, ZUS RZA, ZUS RPA oder ZUS RSA.



- ➔ **Im Feld 04** – tragen sie 2 ein.
- ➔ **Im Feld 05** – tragen Sie die Serie und Nummer des Reisepasses oder eines anderen Ausweises ein. Tragen Sie maximal 9 ersten Buchstaben und Ziffern ohne Leer- und Satzzeichen ein.
- ➔ **Im Feld 06** – schreiben Sie den abgekürzten Namen des Beitragszahlers.
- ➔ **Im Feld 07** – tragen sie den Nachnamen des Beitragszahlers ein. Wenn der Nachname aus zwei oder mehr Wörtern besteht, trennen Sie sie mit einem Strich, z. B. Nowak-Kowalski.
- ➔ **Im Feld 08** – tragen Sie den Vornamen des Beitragszahlers ein.
- ➔ **Im Feld 09** – tragen Sie zusätzlich das Geburtsdatum des Beitragszahlers (Tag/Monat/Jahr) ein, z. B. 27 11 1975.

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK	
01. Numer NIP (wpisać bez kresek)	02. Numer REGON
9 9 9 9 9 9 9 9 9 9	
03. Numer PESEL <sup>1)</sup>	04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2
	2
06. Nazwa skrócona	05. Seria i numer dokumentu
	A N 0 0 0 0 0 0 0 0
07. Nazwisko	09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)
K R A M E R	2 7 1 1 1 9 7 5
08. Imię pierwsze	
A N N E L I E S E	

### Teil III. SONSTIGE ANGABEN

- ➔ **Im Feld 01** – tragen Sie die Zahl der Versicherten ein, für die Sie die Beiträge verrechnen.
- ➔ Füllen Sie **das Feld 02** nicht aus.
- ➔ **Im Feld 03** – tragen Sie den [Beitragssatz](#) zur Unfallversicherung ein.

III. INNE INFORMACJE	
01. Liczba ubezpieczonych	02. Wniosek pracodawcy o dofinansowanie składek za osoby niepełnosprawne ze środków PFRON i budżetu państwa <sup>2)</sup>
1	
	03. Stopa procentowa składek na ubezpieczenie wypadkowe
	1 6 7 %

### Teil IV. ZUSAMMENSTELLUNG DER FÄLLIGEN BEITRÄGE ZU SOZIALVERSICHERUNGEN UND FINANZIERUNGSQUELLEN

- ➔ **Im Feld 01** – tragen Sie die Beitragshöhe für die Altersrentenversicherung - die Summe der Werte in Felder 04 und 07 ein.
- ➔ **Im Feld 02** – tragen Sie die Beitragshöhe für die Erwerbsminderungsversicherungen - die Summe der Werte in Felder 05 und 08 ein.
- ➔ **Im Feld 03** – tragen Sie die Beitragshöhe für die Altersrenten- und Erwerbsminderungsversicherungen - die Summe der Felder 01 und 02 ein.
- ➔ **Im Feld 04** – tragen Sie die Beitragshöhe für die Altersrentenversicherung ein, die vom Versicherten finanziert wird.
- ➔ **Im Feld 05** – tragen Sie die Beitragshöhe für die Erwerbsminderungsversicherungen ein, die vom Versicherten finanziert wird.
- ➔ **Im Feld 06** – tragen Sie die Beitragshöhe für die Altersrenten- und Erwerbsminderungsversicherungen - die Summe der Felder 04 und 05 ein.
- ➔ **Im Feld 07** – tragen Sie die Beitragshöhe für die Altersrentenversicherung ein, die vom Versicherten finanziert wird.
- ➔ **Im Feld 08** – tragen Sie die Beitragshöhe für die Erwerbsminderungsversicherungen ein, die von Ihnen als Beitragszahler finanziert wird.
- ➔ **Im Feld 09** – tragen Sie die Beitragssumme für die Altersrenten- und Erwerbsminderungsversicherungen - die Summe der Felder 07 und 08 ein.
- ➔ Füllen Sie **die Felder 10–18** nicht aus.
- ➔ **Im Feld 19** – tragen Sie die Beitragshöhe für die Krankenversicherung - den Wert vom Feld 22 ein.
- ➔ **Im Feld 20** – tragen Sie die Beitragshöhe für die Unfallversicherung - den Wert vom Feld 26 ein.
- ➔ **Im Feld 21** – tragen Sie die Beitragshöhe für die Kranken- und Unfallversicherungen - die Summe der Felder 19 und 20 ein.

- ➔ **Im Feld 22** – tragen Sie die Beitragshöhe für die Krankenversicherung ein, die vom Versicherten finanziert wird.
- ➔ Füllen Sie **das Feld 23** nicht aus.
- ➔ **Im Feld 24** – tragen Sie die Beitragshöhe für die Kranken- und Unfallversicherung - den Wert vom Feld 22 ein.
- ➔ Füllen Sie **das Feld 25** nicht aus.
- ➔ **Im Feld 26** – tragen Sie die Beitragshöhe für die Unfallversicherung ein, die von Ihnen als Beitragszahler finanziert wird.
- ➔ **Im Feld 27** – tragen Sie die Beitragshöhe für die Kranken- und Unfallversicherung - den Wert vom Feld 26 ein.
- ➔ Füllen Sie **die Felder 28–36** nicht aus.
- ➔ **Im Feld 37** – tragen Sie die Beitragshöhe für die Sozialversicherungen ein, die Sie bezahlen sollen.

IV. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE ORAZ ŹRÓDEŁ FINANSOWANIA									
SUMY SKŁADEK	Kwota składek na ubezpieczenie emerytalne			Kwota składek na ubezpieczenia rentowe			Suma kwot składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe		
	01.	02.	03. (p. 01 + p. 02)						
	1 1 1 2 9 2	4 5 6 1 1	1 5 6 9 0 3						
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:	04. ubezpieczonych			05. ubezpieczonych			06. (p. 04 + p. 05)		
	07. płatnika składek			08. płatnika składek			09. (p. 07 + p. 08)		
	10. budżet państwa			11. budżet państwa			12. (p. 10 + p. 11)		
	13. PFRON <sup>2)</sup>			14. PFRON <sup>2)</sup>			15. (p. 13 + p. 14)		
	16. Fundusz Kościelny			17. Fundusz Kościelny			18. (p. 16 + p. 17)		
	zi, gr			zi, gr			zi, gr		
	zi, gr			zi, gr			zi, gr		
	zi, gr			zi, gr			zi, gr		
SUMY SKŁADEK	Kwota składek na ubezpieczenie chorobowe			Kwota składek na ubezpieczenie wypadkowe			Suma kwot składek na ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe		
	19.	20.	21. (p. 19 + p. 20)						
	1 3 9 6 8	9 5 2 1	2 3 4 8 9						
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:	22. ubezpieczonych			23. ubezpieczonych			24. (p. 22 + p. 23)		
	25. płatnika składek			26. płatnika składek			27. (p. 25 + p. 26)		
	28. budżet państwa			29. budżet państwa			30. (p. 28 + p. 29)		
	31. PFRON <sup>2)</sup>			32. PFRON <sup>2)</sup>			33. (p. 31 + p. 32)		
	34. Fundusz Kościelny			35. Fundusz Kościelny			36. (p. 34 + p. 35)		
	zi, gr			zi, gr			zi, gr		
	zi, gr			zi, gr			zi, gr		
	zi, gr			zi, gr			zi, gr		
37. Kwota składek na ubezpieczenia społeczne, które powinien przekazać płatnik składek (p. 06 + p. 09 + p. 24 + p. 27)							1 8 0 3 9 2		

## Teil V. ZUSAMMENSTELLUNG DER AUSGEZAHLTEN LEISTUNGEN ABGEGOLTEN ZULASTEN DER BEITRÄGE FÜR SOZIALVERSICHERUNG

- ➔ **Im Feld 01** – tragen Sie den Betrag der ausgezahlten Leistungen der Krankenversicherung ein.
- ➔ **Im Feld 02** – tragen Sie den Entgeltbetrag ein, der Ihnen als Beitragszahler aus den ausgezahlten Leistungen der Krankenversicherung gebührt.
- ➔ **Im Feld 03** – tragen Sie den Betrag der ausgezahlten Leistungen der Unfallversicherung ein.
- ➔ Füllen Sie **das Feld 04** nicht aus.
- ➔ **Im Feld 05** – tragen Sie die Summe der Beträge von Felder 01, 02 und 03 ein.







- ➔ **Im Feld 03** – tragen Sie die Art des Dokuments ein.
  - P** – PESEL,
  - 1** – Personalausweis,
  - 2** – Reisepass oder ein anderer Ausweis.
- ➔ **Im Feld 04** tragen Sie die Nummer des angegebenen Ausweises ein (d. h. PESEL-Nummer oder Serie und Nummer des Ausweises oder Reisepasses).


**WICHTIG**

In den Abrechnungsunterlagen tragen Sie diese Identifizierungsdaten ein, die Sie im Formular ZUS ZUA angegeben haben.

III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ																					
01. Nazwisko																					
J	A	N	K	O	W	S	K	A													
02. Imię pierwsze																					
D	O	M	I	N	I	K	A														
										03. Typ		04. Identyfikator									
										P	8	8	0	3	1	7	1	1	1	1	1

### Teil III B. ZUSAMMENSTELLUNG DER FÄLLIGEN BEITRÄGE ZUR SOZIALVERSICHERUNG

- ➔ **Im Feld 01** – tragen Sie den Versicherungsanspruchscode ein, den Sie im Formular ZUS ZUA oder ZUS ZZA angegeben haben.
- ➔ **Im Feld 02** – füllen Sie nur dann aus, wenn der Arbeitnehmer die jährliche Beitragsbemessungsgrundlage für die Rentenversicherungen überschreitet. Mehr Informationen über die jährliche Beitragsbemessungsgrundlage für die Rentenversicherungen finden Sie im Leitfaden [Grundsätze der Sozial- und Krankenversicherungspflicht sowie der Feststellung der Beitragsbemessungsgrundlage](#). Tragen Sie ein:
  - 1** – wenn die Information über die überschrittene jährliche Beitragsbemessungsgrundlage Ihnen vom Versicherten übermittelt wurde,
  - 2** – wenn die Information über die überschrittene jährliche Beitragsbemessungsgrundlage von Ihnen als Beitragszahler übermittelt wurde,
  - 3** – wenn die Information über die überschrittene jährliche Beitragsbemessungsgrundlage Ihnen von ZUS übermittelt wurde.
- ➔ **Im Feld 03** – tragen Sie die Arbeitszeit ein, die im Arbeitsvertrag bestimmt wurde (in Form einer Bruchzahl).
- ➔ **Im Feld 04** – tragen Sie die [Beitragsbemessungsgrundlage für die Rentenversicherungen ein](#).
- ➔ **Im Feld 05** – tragen Sie die [Beitragsbemessungsgrundlage für die Krankenversicherung ein](#).
- ➔ **Im Feld 06** – tragen Sie die [Beitragsbemessungsgrundlage für die Unfallversicherung ein](#).
- ➔ **Im Feld 07** – tragen Sie die Beitragshöhe für die Altersrentenversicherung ein, die vom Versicherten finanziert wird.
- ➔ **Im Feld 08** – tragen Sie die Beitragshöhe für die Erwerbsminderungsversicherungen ein, die vom Versicherten finanziert wird.
- ➔ **Im Feld 09** – tragen Sie die Beitragshöhe für die Krankenversicherung ein, die vom Versicherten finanziert wird.
- ➔ Füllen Sie **das Feld 10** nicht aus.
- ➔ **Im Feld 11** – tragen Sie die Beitragshöhe für die Altersrentenversicherung ein, die Sie als Beitragszahler finanzieren.
- ➔ **Im Feld 12** – tragen Sie die Beitragshöhe für die Erwerbsminderungsversicherungen ein, die von Ihnen als Beitragszahler finanziert wird.
- ➔ Füllen Sie **das Feld 13** nicht aus.
- ➔ **Im Feld 14** – tragen Sie die Beitragshöhe für die Unfallversicherung ein, die Sie als Beitragszahler finanzieren.
- ➔ Füllen Sie **die Felder 15–27** nicht aus.

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	
0 1 1 0 0 0		03. Wymiar czasu pracy	
		1 / 1	
UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBY
04.	05.	06.	
5 7 0 1 3 9	5 7 0 1 3 9	5 7 0 1 3 9	
07.	08.	09.	10.
5 5 6 4 6	8 5 5 2	1 3 9 6 8	zł, gr
11.	12.	13.	14.
5 5 6 4 6	3 7 0 5 9	zł, gr	9 5 2 1
15.	16.	17.	18.
zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr
19.	20.	21.	22.
zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr
23.	24.	25.	26.
zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr
27. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego		zł, gr	
28. Kwota wpłaty w ramach pracowniczego planu kapitałowego finansowana przez płatnika składek		zł, gr	
		29. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.26)	
		1 8 0 3 9 2	

### Teil III C. ZUSAMMENSTELLUNG DER FÄLLIGEN BEITRÄGE ZUR KRANKENVERSICHERUNG

- ➔ Im Feld 01 – tragen Sie die [Beitragsbemessungsgrundlage für die Krankenversicherung ein](#).
- ➔ Füllen Sie die **Felder 02 und 03** nicht aus.
- ➔ Im Feld 04 – tragen Sie die Beitragshöhe für die Krankenversicherung ein, die anhand von der Beitragsbemessungsgrundlage für diese Versicherung berechnet wurde.
- ➔ Füllen Sie **das Feld 05** nicht aus.

III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE			
OSOBY UBEZPIECZONE	01. Podstawa wymiaru składek	4 9 1 9 7 3	
	02. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika składek <sup>3)</sup>	zł, gr	03. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS
	04. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego	4 4 2 7 8	05. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny
			zł, gr
			zł, gr

### Teil III D. ZUSAMMENSTELLUNG DER AUSGEZAHLTEN FINANZIERTEN AUS DEM STAATSHAUSHALT LEISTUNGEN

Füllen Sie diesen Teil nicht aus.

III. D. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA <sup>4)</sup>			
III. DANE DOTYCZ	01. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego	zł, gr	02. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego
	03. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego	zł, gr	04. Łączna kwota wypłaconych zasiłków (p.01 + p.02 + p.03)
			zł, gr

### Teil IV. DATEN DER VERSICHERTEN PERSON

Wenn Sie Beiträge für mehr als einen Versicherten verrechnen, füllen Sie diesen Teil gemäß den im Teil III angegebenen Regeln aus.

IV. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ				
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
PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	04. zł, gr		05. zł, gr	06. zł, gr
SKŁADKA FINANSOWANA PRZEZ:				
ubezpieczonego	07. zł, gr	08. zł, gr	09. zł, gr	10. zł, gr
płatnika składek	11. zł, gr	12. zł, gr	13. zł, gr	14. zł, gr
budżet państwa	15. zł, gr	16. zł, gr	17. zł, gr	18. zł, gr
PFRON <sup>2)</sup>	19. zł, gr	20. zł, gr	21. zł, gr	22. zł, gr
Fundusz Kościelny	23. zł, gr	24. zł, gr	25. zł, gr	26. zł, gr
27. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składki w ramach pracowniczego programu emerytalnego				
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>3)</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 SWIADCZEN 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)		

## Teil V. ERKLÄRUNG DES BEITRAGSZAHLERS

In diesem Teil:

- ➔ **Im Feld 01** – tragen Sie das Ausfüllungsdatum (Tag/Monat/Jahr) ein, z. B. 15 02 2019.
- ➔ **Im Feld 02** – unterschreiben Sie oder lassen Sie Ihrem Bevollmächtigten unterschreiben.
- ➔ **Im Feld 03** – drücken Sie den Stempel des Beitragszahlers auf (wenn vorhanden).

V. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK	
01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)	
1 5 0 2 2 0 1 9	
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. Pieczęćka płatnika składek
<i>Anneliese Kramer</i>	

### 9.2.3. Wie soll man das persönliche ZUS RPA-Formular ausfüllen?

Nachfolgend beschreiben wir, wie das [ZUS RPA - Namentlicher Monatsbericht über die Einnahmen des Versicherten/Zeiten der Lehrtätigkeit auszufüllen](#). Mehr Informationen finden Sie im Leitfaden [ZUS RPA - Namentlicher Monatsbericht über die Einnahmen des Versicherten/Zeiten der Lehrtätigkeit. Anleitung zur Ausfüllung und Korrektur](#).

Alle Unterlagen sollen in den von [www.zus.pl](http://www.zus.pl) heruntergeladenen Formulare ausgefüllt werden. Sie können am Computer oder handschriftlich ausgefüllt werden. Schreiben Sie in Druckbuchstaben und tragen Sie jedes Zeichen in ein separates Kästchen ein. Verwenden Sie einen Stift mit schwarzer oder blauer Tinte. Verwenden Sie keine Sonderzeichen („“, &, =, / . usw.) und diakritische Zeichen (z. B. Ũ, Ö).

## Teil I. ORGANISATIONSDATEN

➔ **Im Feld 01** – tragen Sie 01 ein, wenn Sie den ersten Bericht für das betreffende Monat übermitteln, und anschließend den Monat und Jahr, für die Sie die Beiträge verrechnen.



### WICHTIG

Die Berichtsnummer muss mit der Nummer der übermittelten Abrechnungserklärung und Nummer der namentlichen Monatsbericht übereinstimmen.

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS	RPA	strona: 1	<b>IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O PRZYCHODACH UBEZPIECZONEGO/ OKRESACH PRACY NAUCZYCIELSKIEJ</b>
<b>I. DANE ORGANIZACYJNE</b>				
01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr)				
	0	1	0	1
	2	0	1	9

## Teil II. IDENTIFIZIERUNGSDATEN DES BEITRAGSZHLERS

In diesem Teil tragen Sie die Daten ein, die Sie bei der Anmeldung des Beitragszahlers im Formular ZUS ZPA oder ZUS ZFA angegeben haben.

- ➔ **Im Feld 01** – tragen Sie die NIP (Steuer-Identifikationsnummer) ein, die vom Zweiten Finanzamt in Warschau zugeteilt wurde und zur Mehrwertsteuerabrechnung dient. Lassen Sie das PL-Symbol weg und trennen Sie die Nummer mit den Strichen nicht.
- ➔ Füllen Sie **die Felder 02 und 03** nicht aus.
- ➔ **Im Feld 04** – tragen sie **2** ein.
- ➔ **Im Feld 05** – tragen Sie die Serie und Nummer des Reisepasses oder eines anderen Ausweises ein. Tragen Sie maximal 9 ersten Buchstaben und Ziffern ohne Leer- und Satzzeichen ein.
- ➔ **Im Feld 06** – schreiben Sie den abgekürzten Namen des Beitragszahlers.
- ➔ **Im Feld 07** – tragen sie den Nachnamen des Beitragszahlers ein. Wenn der Nachname aus zwei oder mehr Wörtern besteht, trennen Sie sie mit einem Strich, z. B. Nowak-Kowalski.
- ➔ **Im Feld 08** – tragen Sie den Vornamen des Beitragszahlers ein.
- ➔ **Im Feld 09** – tragen Sie zusätzlich das Geburtsdatum des Beitragszahlers (Tag/Monat/Jahr) ein, z. B. 27 11 1975.

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK	<b>II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK</b>				
	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>				
	04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport 2				
	05. Seria i numer dokumentu				
	A	N	0	0	0
0	0	0	0	0	
06. Nazwa skrócona					
07. Nazwisko					
K	R	A	M	E	
R	E	R			
08. Imię pierwsze					
A	N	N	E	L	
I	E	S	E		
09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)					
2	7	1	1	1	
1	9	7	5		

## Teil III. DATEN DER VERSICHERTEN PERSON

### Teil III A. IDENTIFIZIERUNGSDATEN DER VERSICHERTEN PERSON

In diesem Teil tragen Sie die Daten ein, die Sie bei der Anmeldung des Versicherten im Formular ZUS ZUA angegeben haben.

- ➔ **Im Feld 01** – tragen Sie den Nachnamen des Versicherten ein. Wenn der Nachname aus zwei oder mehr Wörtern besteht, trennen Sie sie mit einem Strich, z. B. Nowak-Kowalski.
- ➔ **Im Feld 02** – tragen Sie den Vornamen des Versicherten ein.

- ➔ **Im Feld 03** – tragen Sie die Art des Dokuments ein.  
P – PESEL,  
1 – Personalausweis,  
2 – Reisepass oder ein anderer Ausweis.
- ➔ **Im Feld 04** – tragen Sie die Nummer des angegebenen Ausweises ein (d. h. PESEL-Nummer oder Serie und Nummer des Ausweises oder Reisepasses).
- ➔ **Im Feld 05** – tragen Sie den Versicherungsanspruchscode ein, den Sie im Formular ZUS ZUA angeben haben.



**WICHTIG** In den Abrechnungsunterlagen tragen Sie diese Identifizierungsdaten ein, die Sie im Formular ZUS ZUA angegeben haben.

III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ									
01. Nazwisko									
J A N K O W S K A									
02. Imię pierwsze						03. Typ	04. Identyfikator		
D O M I N I K A						P	8 8 0 3 1 7 1 1 1 1		
05. Kod tytułu ubezpieczenia									
0	1	1	0	0	0				

### Teil III B. BETRAG DER AUSGEZHALTEN EINNAHME IM BETREFFENDEN MONAT, DER FÄLLIG FÜR EIN ANDERES KALENDERJAHR WAR, ABER GALT ALS DIE BEITRAGSBEMESSUNGSGRUNDLAGE FÜR DIE RENTENVERSICHERUNGEN

- ➔ **Im Feld 01** – tragen Sie die Jahreszahl ein, für die die Einnahme fällig war.
- ➔ **Im Feld 02** – tragen sie den Gesamtbetrag der ausgezahlten Einnahme ein.
- ➔ **Im Feld 03** – tragen Sie die Jahreszahl ein, für die die Einnahme fällig war.
- ➔ **Im Feld 04** – tragen sie den Gesamtbetrag der ausgezahlten Einnahme ein.
- ➔ **Im Feld 05** – tragen Sie die Jahreszahl ein, für die die Einnahme fällig war.
- ➔ **Im Feld 06** – tragen sie den Gesamtbetrag der ausgezahlten Einnahme ein.

III. B. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, ALE NALEŻNEGO ZA INNY ROK KALENDARZOWY, KTÓRY STANOWIŁ PODSTAWĘ WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE									
01. Przychód za rok					02. Kwota				
2 0 1 8					6 1 6 , 7 2				
03. Przychód za rok					04. Kwota				
					zł , gr				
05. Przychód za rok					06. Kwota				
					zł , gr				

### Teil III C. BETRAG DER AUSGEZHALTEN EINNAHME IM BETREFFENDEN MONAT, DER FÄLLIG FÜR EIN ANDERES KALENDERJAHR WAR, ABER GALT ALS DIE BEITRAGSBEMESSUNGSGRUNDLAGE FÜR DIE UNFALLVERSICHERUNG

- ➔ **Im Feld 01** – tragen Sie die Jahreszahl ein, für die die Einnahme fällig war.
- ➔ **Im Feld 02** – tragen sie den Gesamtbetrag der ausgezahlten Einnahme ein.
- ➔ **Im Feld 03** – tragen Sie die Jahreszahl ein, für die die Einnahme fällig war.
- ➔ **Im Feld 04** – tragen sie den Gesamtbetrag der ausgezahlten Einnahme ein.
- ➔ **Im Feld 05** – tragen Sie die Jahreszahl ein, für die die Einnahme fällig war.
- ➔ **Im Feld 06** – tragen sie den Gesamtbetrag der ausgezahlten Einnahme ein.

III. C. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, ALE NALEŻNEGO ZA INNY ROK KALENDARZOWY, KTÓRY STANOWIŁ PODSTAWĘ WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE WYPADKOWE									
01. Przychód za rok					02. Kwota				
2 0 1 8					5 4 4 , 2 8				
03. Przychód za rok					04. Kwota				
					zł , gr				
05. Przychód za rok					06. Kwota				
					zł , gr				

### Teil III D. BETRAG DER AUSGEZAHLTEN EINNAHME IM BETREFFENDEN MONAT NEBEN DEM ENTGELT FÜR DIE ZEIT DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT, KRANKEN-, MUTTERSCHAFTS-, PFLEGE- UND REHABILITATIONSGELD, DER ZUR ZEIT DES ERHALTS DER VERGÜTUNG ODER ENTGELT NICHT ALS DIE BEITRAGSBEMESSUNGSGRUNDLAGE FÜR DIE RENTENVERSICHERUNGEN GALT

→ **Im Feld 01** – tragen sie den Gesamtbetrag der ausgezahlten Einnahme ein.

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



### Teil III E. BETRAG DER AUSGEZAHLTEN EINNAHME IM BETREFFENDEN MONAT NEBEN DEM ENTGELT FÜR DIE ZEIT DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT, KRANKEN-, MUTTERSCHAFTS-, PFLEGE- UND REHABILITATIONSGELD, DER ZUR ZEIT DES ERHALTS DER VERGÜTUNG ODER ENTGELT NICHT ALS DIE BEITRAGSBEMESSUNGSGRUNDLAGE FÜR DIE RENTENVERSICHERUNGEN GALT UND DER FÜR EIN ANDERES KALENDERJAHR FÄLLIG IST

→ **Im Feld 01** – tragen Sie die Jahreszahl ein, für die die Einnahme fällig war.

→ **Im Feld 02** – tragen sie den Gesamtbetrag der ausgezahlten Einnahme ein.

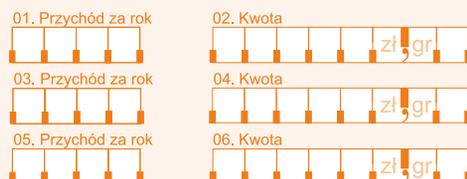
→ **Im Feld 03** – tragen Sie die Jahreszahl ein, für die die Einnahme fällig war.

→ **Im Feld 04** – tragen sie den Gesamtbetrag der ausgezahlten Einnahme ein.

→ **Im Feld 05** – tragen Sie die Jahreszahl ein, für die die Einnahme fällig war.

→ **Im Feld 06** – tragen sie den Gesamtbetrag der ausgezahlten Einnahme ein.

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



III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

### Teil III F. ZEITEN DER LEHRTÄTIGKEIT

→ **Im Feld 01** – geben Sie das Anfangsdatum der Lehrtätigkeit an.

→ **Im Feld 02** – geben Sie das Enddatum der Lehrtätigkeit an.

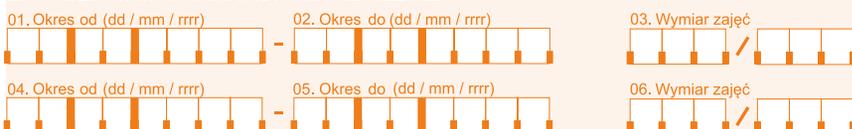
→ **Im Feld 03** – tragen Sie den Umfang der Lehrtätigkeit ein, zudem der Lehrer gemäß dem Arbeitsvertrag mit der Schule oder Bildungseinrichtung verpflichtet ist. Geben Sie ihn in Form einer Bruchzahl an.

→ **Im Feld 04** – geben Sie das Anfangsdatum der Lehrtätigkeit an.

→ **Im Feld 05** – geben Sie das Enddatum der Lehrtätigkeit an.

→ **Im Feld 06** – tragen Sie den Umfang der Lehrtätigkeit ein, zudem der Lehrer gemäß dem Arbeitsvertrag mit der Schule oder Bildungseinrichtung verpflichtet ist. Geben Sie ihn in Form einer Bruchzahl an.

III. F. OKRESY WYKONYWANIA PRACY NAUCZYCIELSKIEJ<sup>2)</sup>



## Teil IV. ERKLÄRUNG DES BEITRAGZÄHLERS

In diesem Teil:

- ➔ **Im Feld 01** – tragen Sie das Ausfüllungsdatum (Tag/Monat/Jahr) ein, z. B. 15 02 2019.
- ➔ **Im Feld 02** – unterschreiben Sie das Formular oder lassen Sie es Ihrem Bevollmächtigten unterschreiben.
- ➔ **Im Feld 03** – drücken Sie den Stempel des Beitragszahlers auf (wenn vorhanden).

IV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK	
01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)	
1 5 0 2 2 0 1 9	
Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenia prawdy.	
02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej	03. Pieczęćka płatnika
<i>Anneliese Kramer</i>	

### 9.2.4. Wie soll man das persönliche ZUS RZA-Formular ausfüllen?

Nachfolgend beschreiben wir, wie das [ZUS RZA - Namentlicher Monatsbericht über die fälligen Beiträge für die Krankenversicherung](#). Mehr Informationen finden Sie im Leitfaden [ZUS RZA - Namentlicher Monatsbericht über die fälligen Beiträge für die Krankenversicherung. Anleitung zur Ausfüllung und Korrektur](#).

Alle Unterlagen sollen in den von [www.zus.pl](http://www.zus.pl) heruntergeladenen Formulare ausgefüllt werden. Sie können am Computer oder handschriftlich ausgefüllt werden. Schreiben Sie in Druckbuchstaben und tragen Sie jedes Zeichen in ein separates Kästchen ein. Verwenden Sie einen Stift mit schwarzer oder blauer Tinte. Verwenden Sie keine Sonderzeichen („“, &, =, / . usw.) und diakritische Zeichen (z. B. Ũ, Ö).

#### Teil I. ORGANISATIONSDATEN

- ➔ **Im Feld 01** – tragen Sie 01 ein, wenn Sie den ersten Bericht für das betreffende Monat übermitteln, und anschließend den Monat und Jahr, für die Sie die Beiträge verrechnen.



**WICHTIG** Die Berichtsnummer muss mit der Nummer der übermittelten Abrechnungserklärung übereinstimmen.

ZAKŁAD UBEZPIECZEN SPOŁECZNYCH	ZUS RZA	strona: 1	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE
I. DANE ORGANIZACYJNE			
01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr)			
0 1 0 1 2 0 1 9			

#### Teil II. IDENTIFIZIERUNGSDATEN DES BEITRAGZÄHLERS

In diesem Teil tragen Sie die Daten ein, die Sie bei der Anmeldung des Beitragszahlers im Formular ZUS ZPA oder ZUS ZFA angegeben haben.

- ➔ **Im Feld 01** – tragen Sie die NIP (Steuer-Identifikationsnummer) ein, die vom Zweiten Finanzamt in Warschau zugeteilt wurde und zur Mehrwertsteuerabrechnung dient. Lassen Sie das PL-Symbol weg und trennen Sie die Nummer mit den Strichen nicht.
- ➔ Füllen Sie **die Felder 02 und 03** nicht aus.
- ➔ **Im Feld 04** – tragen sie 2 ein.
- ➔ **Im Feld 05** – tragen Sie die Serie und Nummer des Reisepasses oder eines anderen Ausweises ein. Tragen Sie maximal 9 ersten Buchstaben und Ziffern ohne Leer- und Satzzeichen ein.
- ➔ **Im Feld 06** – schreiben Sie den abgekürzten Namen des Beitragszahlers.

- ➔ **Im Feld 07** – tragen sie den Nachnamen des Beitragszahlers ein. Wenn der Nachname aus zwei oder mehr Wörtern besteht, trennen Sie sie mit einem Strich, z. B. Nowak-Kowalski.
- ➔ **Im Feld 08** – tragen Sie den Vornamen des Beitragszahlers ein.
- ➔ **Im Feld 09** – tragen Sie zusätzlich das Geburtsdatum des Beitragszahlers (Tag/Monat/Jahr) ein, z. B. 27 11 1975.

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK	
01. Numer NIP (wpisać bez kresek)	02. Numer REGON
9 9 9 9 9 9 9 9 9 9	
03. Numer PESEL <sup>1)</sup>	04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2
	2
06. Nazwa skrócona	05. Seria i numer dokumentu
	A N 0 0 0 0 0 0 0 0
07. Nazwisko	
K R A M E R	
08. Imię pierwsze	09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)
A N N E L I E S E	2 7 1 1 1 9 7 5

### Teil III. DATEN DER VERSICHERTEN PERSON

#### Teil III A. IDENTIFIZIERUNGSDATEN DER VERSICHERTEN PERSON

In diesem Teil tragen Sie die Daten ein, die Sie bei der Anmeldung des Versicherten im Formular ZUS ZZA angegeben haben.

- ➔ **Im Feld 01** – tragen Sie den Nachnamen des Versicherten ein. Wenn der Nachname aus zwei oder mehr Wörtern besteht, trennen Sie sie mit einem Strich, z. B. Nowak-Kowalski.
- ➔ **Im Feld 02** – tragen Sie den Vornamen des Versicherten ein.
- ➔ **Im Feld 03** – tragen Sie die Art des Dokuments ein.  
P – PESEL,  
1 – Personalausweis,  
2 – Reisepass oder ein anderer Ausweis.
- ➔ **Im Feld 04** tragen Sie die Nummer des angegebenen Ausweises ein (d. h. PESEL-Nummer oder Serie und Nummer des Ausweises oder Reisepasses).



#### WICHTIG

In den Abrechnungsunterlagen tragen Sie diese Identifizierungsdaten ein, die Sie im Formular ZUS ZZA angegeben haben.

III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ	
01. Nazwisko	02. Imię pierwsze
J A N K O W S K A	D O M I N I K A
	03. Typ 04. Identyfikator
	P 8 8 0 3 1 7 1 1 1 1 1

#### Teil III B. FÄLLIGER BEITRAG ZUR KRANKENVERSICHERUNG

- ➔ **Im Feld 01** – tragen Sie den Versicherungsanspruchscode ein, den Sie im Formular ZUS ZZA angegeben haben.
- ➔ **Im Feld 02** – tragen Sie die [Beitragsbemessungsgrundlage für die Krankenversicherung](#) ein.
- ➔ Füllen Sie **die Felder 03 und 04** nicht aus.
- ➔ **Im Feld 05** – tragen Sie die Beitragshöhe ein, die anhand von der [Beitragsbemessungsgrundlage berechnet wurde](#).
- ➔ Füllen Sie **das Feld 06** nicht aus.

III. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE	
01. Kod tytułu ubezpieczenia	02. Podstawa wymiaru składki
0 4 1 1 0 0	4 9 1 9 7 3
03. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika <sup>2)</sup>	04. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS
zł gr	zł gr
05. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego	06. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny
4 4 2 7 8	zł gr

## Teil IV. DATEN DER VERSICHERTEN PERSON

Wenn Sie Beiträge für mehr als einen Versicherten verrechnen, füllen Sie diesen Teil gemäß wie den Teil III aus.

IV. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ	<b>IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>	
	01. Nazwisko	
	02. Imię pierwsze	03. Typ 04. Identyfikator
	<b>IV. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE</b>	
	01. Kod tytułu ubezpieczenia	02. Podstawa wymiaru składki
	03. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika <sup>2)</sup>	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	

## Teil VIII. ERKLÄRUNG DES BEITRAGZÄHLERS

In diesem Teil:

- ➔ **Im Feld 01** – tragen Sie das Ausfüllungsdatum (Tag/Monat/Jahr) ein, z. B. 15 02 2019.
- ➔ **Im Feld 02** – unterschreiben Sie oder lassen Sie Ihrem Bevollmächtigten unterschreiben.
- ➔ **Im Feld 03** – drücken Sie den Stempel des Beitragszahlers auf (wenn vorhanden).

<b>VIII. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK</b>	
01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)	
1 5 0 2 2 0 1 9	
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
<i>Anneliese Kramer</i>	

### 9.2.5. Wie soll man das persönliche ZUS RSA-Formular ausfüllen?

Nachfolgend beschreiben wir, wie das [ZUS RSA - Namentlicher Monatsbericht über die ausgezahlten Leistungen und Beitragslücken auszufüllen](#). Mehr Informationen finden Sie im Leitfaden [ZUS RSA - Namentlicher Monatsbericht über die ausgezahlten Leistungen und Beitragslücken. Anleitung zur Ausfüllung und Korrektur](#).

Alle Unterlagen sollen in den von [www.zus.pl](http://www.zus.pl) heruntergeladenen Formulare ausgefüllt werden. Sie können am Computer oder handschriftlich ausgefüllt werden. Schreiben Sie in Druckbuchstaben und tragen Sie jedes Zeichen in ein separates Kästchen ein. Verwenden Sie einen Stift mit schwarzer oder blauer Tinte. Verwenden Sie keine Sonderzeichen („“, &, =, / . usw.) und diakritische Zeichen (z. B. Ü, Ö).

#### Teil I. ORGANISATIONS DATEN

- ➔ **Im Feld 01** – tragen Sie 01 ein, wenn Sie den ersten Bericht für das betreffende Monat übermitteln, und anschließend den Monat und Jahr, für die Sie die Beiträge verrechnen.



**WICHTIG**

Die Berichtsnummer muss mit der Nummer der übermittelten Abrechnungserklärung übereinstimmen.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS RSA	strona: 1	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH I PRZERWACH W OPŁACANIU SKŁADEK
<b>I. DANE ORGANIZACYJNE</b>			
01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr)	0 1	0 1 2 0 1 9	

## Teil II. IDENTIFIZIERUNGSDATEN DES BEITRAGSZAHLERS

In diesem Teil tragen Sie die Daten ein, die Sie bei der Anmeldung des Beitragszahlers im Formular ZUS ZPA oder ZUS ZFA angegeben haben.

- ➔ **Im Feld 01** – tragen Sie die NIP (Steuer-Identifikationsnummer) ein, die vom Zweiten Finanzamt in Warschau zugeteilt wurde und zur Mehrwertsteuerabrechnung dient. Lassen Sie das PL-Symbol weg und trennen Sie die Nummer mit den Strichen nicht.
- ➔ Füllen Sie **die Felder 02 und 03** nicht aus.
- ➔ **Im Feld 04** – tragen sie 2 ein.
- ➔ **Im Feld 05** – tragen Sie die Serie und Nummer des Reisepasses oder eines anderen Ausweises ein. Tragen Sie maximal 9 ersten Buchstaben und Ziffern ohne Leer- und Satzzeichen ein.
- ➔ **Im Feld 06** – schreiben Sie den abgekürzten Namen des Beitragszahlers.
- ➔ **Im Feld 07** – tragen sie den Nachnamen des Beitragszahlers ein. Wenn der Nachname aus zwei oder mehr Wörtern besteht, trennen Sie sie mit einem Strich, z. B. Nowak-Kowalski.
- ➔ **Im Feld 08** – tragen Sie den Vornamen des Beitragszahlers ein.
- ➔ **Im Feld 09** – tragen Sie zusätzlich das Geburtsdatum des Beitragszahlers (Tag/Monat/Jahr) ein, z. B. 27 11 1975.

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK	
01. Numer NIP (wpisać bez kresek)	02. Numer REGON
9 9 9 9 9 9 9 9 9 9	
03. Numer PESEL <sup>1)</sup>	04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, 2
	05. Seria i numer dokumentu
	A N 0 0 0 0 0 0 0 0
06. Nazwa skrócona	
07. Nazwisko	
K R A M E R	
08. Imię pierwsze	09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)
A N N E L I E S E	2 7 1 1 1 9 7 5

## Teil III. DATEN DER VERSICHERTEN PERSON

### Teil III A. IDENTIFIZIERUNGSDATEN DER VERSICHERTEN PERSON

In diesem Teil tragen Sie die Daten ein, die Sie bei der Anmeldung des Versicherten im Formular ZUS ZUA angegeben haben.

- ➔ **Im Feld 01** – tragen Sie den Nachnamen des Versicherten ein. Wenn der Nachname aus zwei oder mehr Wörtern besteht, trennen Sie sie mit einem Strich, z. B. Nowak-Kowalski.
- ➔ **Im Feld 02** – tragen Sie den Vornamen des Versicherten ein.
- ➔ **Im Feld 03** – tragen Sie die Art des Dokuments ein.
  - P – PESEL,
  - 1 – Personalausweis,
  - 2 – Reisepass oder ein anderer Ausweis.
- ➔ **Im Feld 04** tragen Sie die Nummer des angegebenen Ausweises ein (d. h. PESEL-Nummer oder Serie und Nummer des Ausweises oder Reisepasses).



### WICHTIG

In den Abrechnungsunterlagen tragen Sie diese Identifizierungsdaten ein, die Sie im Formular ZUS ZUA angegeben haben.

III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ	
01. Nazwisko	03. Typ 04. Identyfikator
J A N K O W S K A	P 8 8 0 3 1 7 1 1 1 1 1 1
02. Imię pierwsze	
D O M I N I K A	

### Teil III B. GRÜNDE FÜR BEITRAGSLÜCKEN, BEITRAGSLOSE ZEITEN UND ZUSAMMENSTELLUNG DER AUSGEZAHLTEN LEISTUNGEN/ENTGELTFORTZAHLUNG IM KRANKHEITSFALL

- ➔ **Im Feld 01** – tragen Sie den Versicherungsanspruchscode ein, den Sie im Formular ZUS ZUA angegeben haben.
- ➔ **Im Feld 02** – tragen Sie den entsprechenden Code der Leistung/Beitragspause ein, z. B.:
  - ➔ **Code 313** – steht für das Krankengeld von der Krankenversicherung,
  - ➔ **Code 314** – steht für das Krankengeld von der Unfallversicherung,
  - ➔ **Code 331** – steht für den vom Arbeitgeber bezahlten Entgelt für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit.
- ➔ **Im Feld 03** – geben Sie das **Anfangsdatum** der Beitragspause oder des Zeitraums der ausgezahlten Leistungen/Entgelts wegen Krankheit an.
- ➔ **Im Feld 04** – geben Sie das **Enddatum** der Beitragspause oder des Zeitraums der ausgezahlten Leistungen/Entgelts wegen Krankheit an.
- ➔ **Im Feld 05** – tragen Sie die Dauer des Krankengeldes in Tagen und die Anzahl der Auszahlungen ein.
- ➔ **Im Feld 06** – tragen Sie den Betrag der ausgezahlten Leistungen oder des Entgelts im Krankheitsfall ein.

III. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPLACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ									
01. Kod tytułu ubezpieczenia					02. Kod świadczenia / przerwy				
03. Od (dd / mm / rrrr)					04. Do (dd / mm / rrrr)				
05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat					06. Kwota				
Okres									
1 4 0 1 2 0 1 9 - 2 3 0 1 2 0 1 9					3 3 1 1 0 3 8 0 0 0				

### Teil IV. DATEN DER VERSICHERTEN PERSON

Wenn Sie Beiträge für mehr als einen Versicherten verrechnen, füllen Sie diesen Teil gemäß wie den Teil III aus.

IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ									
01. Nazwisko									
02. Imię pierwsze						03. Typ		04. Identyfikator	
IV. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPLACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ									
01. Kod tytułu ubezpieczenia					02. Kod świadczenia / przerwy				
03. Od (dd / mm / rrrr)					04. Do (dd / mm / rrrr)				
05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat					06. Kwota				
Okres									
					zi, gr				

### Teil XI. ERKLÄRUNG DES BEITRAGZÄHLERS

In diesem Teil:

- ➔ **Im Feld 01** – tragen Sie das Ausfüllungsdatum (Tag/Monat/Jahr) ein, z. B. 15 02 2019.
- ➔ **Im Feld 02** – unterschreiben Sie oder lassen Sie Ihrem Bevollmächtigten unterschreiben.
- ➔ **Im Feld 03** – drücken Sie den Stempel des Beitragszahlers auf (wenn vorhanden).

XI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK									
01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)									
1 5 0 2 2 0 1 9									
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				
<i>Anneliese Kramer</i>									

### 9.3. EINREICHFRISTEN FÜR ABRECHNUNGSUNTERLAGEN UND FÄLLIGKEIT DER BEITRÄGE

Verrechnen Sie Beiträge und ausgezahlte Leistungen für Arbeit- und Auftragnehmer monatlich **zum 15. nächsten Monats**.

Wenn die Fälligkeit für die Beitragszahlung an einem Feiertag fällt, reichen Sie die Unterlagen ein und bezahlen Sie die Beiträge am ersten Arbeitstag, der nach dem Feiertag fällt.



**WICHTIG** Als Beitragszahler sind Sie verpflichtet, die Unterlagen fristgemäß einzureichen und die Beiträge rechtzeitig zu bezahlen.

Wenn Sie die Beiträge nach abgelaufener Frist bezahlen, rechnen Sie den [Betrag der Verzugszinsen hinzu](#).

### 9.4. ZAHLUNG DER BEITRÄGE

Bezahlen Sie die Beiträge zu Versicherungen auf Ihr Individuelles Konto für Beitragsüberweisungen (NRS). Sie erhalten es auf dem Postweg, wenn Sie sich als Beitragszahler bei uns anmelden.

Bei einer Überweisung aus dem Ausland einbeziehen Sie den SWIFT-Code - **NBPLPLPW**.

Wenn Sie einen Überweisungsauftrag aus dem Ausland erteilen, geben Sie den in der Abrechnungserklärung eingetragenen Betrag in Złoty (PLN) an. Wenn Sie nach abgelaufener Frist bezahlen, rechnen Sie dem Betrag die Verzugszinsen hinzu. Im Überweisungsauftrag markieren Sie die Gebührenoption: OUR.

Wenn die Überweisung in Złoty (PLN) nicht erfolgen kann und der Überweisungsauftrag in Euro oder in einer anderen Fremdwährung erfolgt, kann es zu einer Unterzahlung oder Überzahlung auf Ihrem Individuellen Konto für Beitragsüberweisungen (NRS) kommen, die aus Unterschieden in Wechselkursen folgen.

Nachfolgend ist ein ausgefülltes Muster-Überweisungsformular aufgeführt.

nazwa odbiorcy Z   U   S	
nazwa odbiorcy cd. I n d y w i d u a l n y N R S	
nr rachunku odbiorcy x x 6 0 0 0 0 0 2 0 2 6 x x x x x x x x x x x x x x x x x x	
wplata W P P L N kwota 2 3 8 6 , 3 8	
nr rachunku zleceniodawcy (przelew) / kwota słownie (wplata) x x x x x x x x x x x x x x x x x x x x x x x x x x x x x x	
nazwa zleceniodawcy A N N E L I E S E K R A M E R	
nazwa zleceniodawcy cd.	
tytułem W p ł a t a d o Z U S	
tytułem cd.	
06	
pieczęć, data i podpis(y) zleceniodawcy	
Oplata:	

### 9.5. WIE BERECHNET MAN DIE VERZUGSZINSEN BEI DER EINZAHLUNG?

Wenn Sie die Beiträge nach abgelaufener [Frist bezahlen](#), rechnen Sie den Betrag der Verzugszinsen hinzu. Sie können die Verzugszinsen mithilfe des auf unserer Website verfügbaren Zinsrechners berechnen: <https://www.zus.pl/firmy/rozliczenia-z-zus/kalkulator-odsetkowy-dla-platnikow-skladek-zus>.

Tragen Sie in den Rechner ein:

- zu bezahlende Beitragssumme,
- Fälligkeit der Beiträge,
- Zahlungsdatum.
- Wählen Sie den Grundsatz aus.
- Wählen Sie die Option: „Verzugszinsen berechnen“ aus.  
Einen so berechneten Betrag zahlen Sie auf [NRS-Konto ein](#).

## 9.6. WIE ÜBERPRÜFT MAN DEN KONTOSTAND BEI ZUS?

Um den Verrechnungskontostand bei ZUS zu überprüfen, schicken Sie an uns das Formular [RD-3](#) - Auskunftersuchen über den Kontostand des Beitragszahlers.

Sie können das Formular auf unserer Seite [www.zus.pl](http://www.zus.pl) herunterladen und bei jeder ZUS-Zweigstelle direkt einreichen oder per Post oder Kurierdienst an die untenstehende Adresse senden:

I Oddział ZUS w Warszawie  
ul. Senatorska 6/8  
00-917 Warszawa

Wenn Sie die Auskunft erhalten, dass auf dem Konto:

- Saldo 0 beträgt - bedeutet, dass die Summe Ihrer Einzahlungen mit der gemeldeten zu bezahlenden Beitragssumme übereinstimmt;
- Verschuldung - bedeutet, dass die Summe Ihrer Einzahlungen niedriger als die gemeldete zu bezahlende Beitragssumme ist;  
In solchem Fall bezahlen Sie möglichst schnell die Beiträge und Verzugszinsen.
- Überzahlung - bedeutet, dass die Summe Ihrer Einzahlungen höher als die gemeldete zu bezahlende Beitragssumme ist. In solchem Fall können Sie die nächste Überweisung um die Überzahlung verringern oder einen Erstattungsantrag mithilfe des Formulars [RZS-P](#) an uns schicken.

Sie können das Formular auf unserer Seite [www.zus.pl](http://www.zus.pl) herunterladen und bei jeder ZUS-Zweigstelle direkt einreichen oder per Post oder Kurierdienst an die untenstehende Adresse senden:

I Oddział ZUS w Warszawie  
ul. Senatorska 6/8  
00-917 Warschau



### WICHTIG

Wenn der Antrag von einem Bevollmächtigten oder Steuerberatungsbüro ausgefüllt und übermittelt wird, reichen Sie bei uns die entsprechende [Vollmacht](#) ein oder verwenden Sie das [ZUS-PEL](#)-Vollmachtmuster, das auf der Seite [www.zus.pl](http://www.zus.pl) verfügbar ist.

## 10. WIE SOLLEN DIE VERSICHERUNGSUNTERLAGEN ÜBERMITTELT WERDEN?

Als ausländischer Arbeitgeber können Sie die Versicherungsunterlagen an uns auf Papier oder elektronisch übermitteln.

- **Papierform** – Sie können die Unterlagen bei jeder ZUS-Zweigstelle direkt einreichen oder per Post oder Kurierdienst an die untenstehende Adresse senden:  
I Oddział ZUS w Warszawie  
ul. Senatorska 6/8  
00-917 Warszawa
- **Elektronische Form** – die Unterlagen in elektronischer Form können Sie über die folgende Anwendung übermitteln:

- ePlatnik (verfügbar auf Elektronische Dienstleistungen-Plattform von ZUS),
- Platnik-Software,
- sonstige Schnittstellensoftware.

Wenn Sie die Schnittstellensoftware verwenden wollen, muss es unseren Anforderungen entsprechen und gemäß bestehender Vorschriften bestätigt. Diese Form der Übermittlung von Unterlagen können Sie verwenden, wenn Sie von einem Steuerberatungsbüro aus Polen bedient werden.

## 11. WIE BESTELLEN SIE EINEN BEVOLLMÄCHTIGTEN, DAMIT ER IN IHREN NAMEN DIE UNTERLAGEN AUSFÜLLEN UND AN ZUS ÜBERMITTELN DARF?

Wenn Sie entscheiden, dass Ihre Versicherungsunterlagen oder Anträge in Ihren Namen von einem Bevollmächtigter oder Steuerberatungsbüro übermittelt werden, reichen Sie bei uns die entsprechende Vollmacht ein.

- Sie können dafür das [ZUS-PEL](#)-Vollmachtmuster verwenden, das auf der Seite [www.zus.pl](http://www.zus.pl) verfügbar ist.

## 12. RECHTSGRUNDLAGE:

- Art. 21 und 22 des Gesetzes vom 17. Februar 2005 über die Informatisierung der im öffentlichen Auftrag tätigen Einrichtungen (Poln. Gesetzblatt von 2017 Pos. 570, mit späteren Änderungen).
- Gesetz vom 13. Oktober 1998 über das System der Sozialversicherungen (Poln. Gesetzblatt von 2020 Pos. 266 mit späteren Änderungen).
- Gesetz vom 6. März 2018 über die Zentrale Gewerberegisterauskunft (Poln. Gesetzblatt von 2018 Pos. 647).
- Gesetz vom 6. März 2018 - Unternehmerrecht (Poln. Gesetzblatt von 2018 Pos. 646, mit späteren Änderungen).
- Verordnung des Ministers für Arbeit und Sozialpolitik vom 20. Dezember 2018 über die Festlegung der Vorlagen von Anmeldeformularen für Sozial- und Krankenversicherung, namentlichen Monatsberichten und namentlichen Berichtigungsmonatsformularen, Anmeldeformularen für Beitragszahler, Abrechnungserklärungen und Berichtigungsabrechnungserklärungen, Anmeldeformularen für Arbeit unter besonderen Bedingungen oder Arbeit besonderer Art, Informationsberichten, Erklärungen über die Absicht zur Übermittlung von Informationsberichten und anderen Unterlagen (Poln. Gesetzblatt von 2018 Pos. 2495).

## 13. NÜTZLICHE INFORMATIONEN

### Adressen der Einrichtungen:

- [Drugi Urząd Skarbowy Warszawa-Śródmieście, ul. Jagiellońska 15, 03-719 Warszawa](#) – die Einrichtung, bei der Sie die NIP-Vergabe beantragen.
- [I Oddział ZUS w Warszawie, ul. Senatorska 6/8, 00-917 Warszawa](#) - die Einrichtung, die sich mit Angelegenheiten von ausländischen Beitragszahlern auseinandersetzt. Sie werden dorthin Ihre Anmeldungs- und Abrechnungsunterlagen schicken.

### Webadressen:

- <https://www.podatki.gov.pl/abc-podatkow/rejestracja-podatnikow/> – dort finden Sie mehr Informationen darüber, wie man die NIP-Nummer erhält.
- <https://www.zus.pl>
- [http://www.nbp.pl/home.aspx?f=/kursy/kursy\\_archiwum.html](http://www.nbp.pl/home.aspx?f=/kursy/kursy_archiwum.html) – dort finden Sie die Informationen über den durchschnittlichen Wechselkurs.

#### **Links zu Formularen:**

- **NIP-7** können Sie auf der folgenden Seite herunterladen: [https://www.podatki.gov.pl/media/4123/nip-7\\_3.pdf](https://www.podatki.gov.pl/media/4123/nip-7_3.pdf)
- **NIP-2** können Sie auf der folgenden Seite herunterladen: [https://www.podatki.gov.pl/media/4130/nip\\_2-12-07.pdf](https://www.podatki.gov.pl/media/4130/nip_2-12-07.pdf)
- **ZUS ZFA** können Sie auf der folgenden Seite herunterladen: <https://www.zus.pl/wzory-formularzy/firmy/dokumenty-zgloszeniowe-i-rozliczeniowe/-/publisher/details/2/formularz-zus-zfa/76152>
- **ZUS ZPA** können Sie auf der folgenden Seite herunterladen: <https://www.zus.pl/wzory-formularzy/firmy/dokumenty-zgloszeniowe-i-rozliczeniowe/-/publisher/details/2/formularz-zus-zpa/75976>
- **ZUS ZWPA** können Sie auf der folgenden Seite herunterladen: <https://www.zus.pl/wzory-formularzy/firmy/dokumenty-zgloszeniowe-i-rozliczeniowe/-/publisher/details/2/formularz-zus-zwpa/76024>
- **ZUS ZUA** können Sie auf der folgenden Seite herunterladen: <https://www.zus.pl/wzory-formularzy/firmy/dokumenty-zgloszeniowe-i-rozliczeniowe/-/publisher/details/2/formularz-zus-zua/76008>
- **ZUS ZZA** können Sie auf der folgenden Seite herunterladen: <https://www.zus.pl/wzory-formularzy/firmy/dokumenty-zgloszeniowe-i-rozliczeniowe/-/publisher/details/2/formularz-zus-zza/76202>
- **ZUS ZWUA** können Sie auf der folgenden Seite herunterladen: <https://www.zus.pl/wzory-formularzy/firmy/dokumenty-zgloszeniowe-i-rozliczeniowe/-/publisher/details/2/formularz-zus-zwua/76136>
- **ZUS DRA** können Sie auf der folgenden Seite herunterladen: <https://www.zus.pl/wzory-formularzy/firmy/dokumenty-zgloszeniowe-i-rozliczeniowe/-/publisher/details/1/formularz-zus-dra/3641030>
- **ZUS RCA** können Sie auf der folgenden Seite herunterladen: <https://www.zus.pl/wzory-formularzy/firmy/dokumenty-zgloszeniowe-i-rozliczeniowe/-/publisher/details/3/formularz-zus-rca/68676>
- **ZUS RZA** können Sie auf der folgenden Seite herunterladen: <https://www.zus.pl/wzory-formularzy/firmy/dokumenty-zgloszeniowe-i-rozliczeniowe/-/publisher/details/3/imienny-raport-mie-sieczny-rza/61047>
- **ZUS RSA** können Sie auf der folgenden Seite herunterladen: <https://www.zus.pl/wzory-formularzy/firmy/dokumenty-zgloszeniowe-i-rozliczeniowe/-/publisher/details/3/formularz-zus-rsa/68709>
- **ZUS RPA** können Sie auf der folgenden Seite herunterladen: <https://www.zus.pl/wzory-formularzy/firmy/dokumenty-zgloszeniowe-i-rozliczeniowe/-/publisher/details/1/raport-zus-rpa/2217435>
- **ZUS PEL** können Sie auf der folgenden Seite herunterladen: <https://www.zus.pl/wzory-formularzy/najpopularniejsze/-/publisher/details/1/pelnomocnictwo-pel/ZUS-PEL>

#### **Zusätzliche Informationen:**

- Elektronische Dienstleistungen-Plattform: [www.zus.pl](http://www.zus.pl)
- ZUS-Callcenter: +48 22 560-16-00 für Anrufe aus dem Mobilfunknetz und Festnetz (Der Verbindungspreis richtet sich nach den Vertragsbedingungen des Kunden mit dem Telekommunikationsanbieter).
- E-mail: [cot@zus.pl](mailto:cot@zus.pl)

