

OGÓLNE ZASADY

WYPEŁNIANIA I KORYGOWANIA DOKUMENTÓW UBEZPIECZENIOWYCH



**Poradnik
dla płatników
składek**



ZAKŁAD
UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

Ogólne zasady wypełniania i korygowania dokumentów ubezpieczeniowych

Poradnik
*dla płatników
składek*

WWW.ZUS.PL



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

ROZDZIAŁ I

	<i>Zasady składania dokumentów ubezpieczeniowych</i>	6
1.	FORMULARZE UBEZPIECZENIOWE – RODZAJE I STRUKTURA	6
2.	FORMA PRZEKAZYWANIA DOKUMENTÓW UBEZPIECZENIOWYCH DO ZUS	7
3.	DOKUMENTY ZGŁOSZENIOWE	8
3.1.	<i>Zgłoszenie płatnika</i>	8
3.1.1.	<i>Zgłoszenie płatnika składek będącego przedsiębiorcą</i>	8
3.1.2.	<i>Zgłoszenie płatnika podlegającego wpisowi do Krajowego Rejestru Sądowego</i>	9
3.1.3.	<i>Zgłoszenie rodzica jako płatnika składek zgłaszającego nianię</i>	10
3.1.4.	<i>Zgłoszenia płatników składek w sytuacjach szczególnych</i>	10
3.2.	<i>Zgłoszenie do ubezpieczeń</i>	11
3.3.	<i>Wyrejestrowanie z ubezpieczeń</i>	12
3.4.	<i>Wyrejestrowanie płatnika składek</i>	13
4.	ZASADY PODAWANIA WŁAŚCIWEGO ZESTAWU DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH PŁATNIKA SKŁADEK	14
4.1.	<i>Płatnicy składek o strukturze wielooddziałowej</i>	15
4.2.	<i>Współmałżonkowie prowadzący pozarolniczą działalność gospodarczą</i>	15
4.3.	<i>Spółki cywilne</i>	16
4.4.	<i>Osoby fizyczne prowadzące kilka rodzajów działalności gospodarczej</i>	16
4.5.	<i>Wspólnik jednoosobowej spółki z ograniczoną odpowiedzialnością oraz wspólnicy spółki jawnej, komandytowej lub partnerskiej</i>	17
4.6.	<i>Posłowie i senatorowie prowadzący działalność gospodarczą</i>	17
4.7.	<i>Podmiot zagraniczny pełniący rolę płatnika składek</i>	17
5.	DOKUMENTY ROZLICZENIOWE	19
5.1.	<i>Zwolnienie z obowiązku przekazywania do ZUS dokumentów rozliczeniowych</i>	20
5.2.	<i>Rozpoczynasz / wznawiasz / wykreślasz / zawieszasz prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej</i>	21
5.3.	<i>Terminy składania dokumentów rozliczeniowych</i>	22

ROZDZIAŁ II

	<i>Zasady rozliczania i opłacania składek</i>	23
1.	SKŁADKI NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE I UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE	23
2.	SKŁADKI NA FUNDUSZ PRACY I FUNDUSZ GWARANTOWANYCH ŚWIADCZEŃ PRACOWNICZYCH	24
3.	SKŁADKI NA FUNDUSZ EMERYTUR POMOSTOWYCH	25
4.	SPOSÓB OPŁACANIA SKŁADEK	25

ROZDZIAŁ III

	<i>Korygowanie dokumentów ubezpieczeniowych</i>	27
1.	DOKUMENTY ZGŁOSZENIOWE	27
1.1.	<i>Dokumenty zgłoszeniowe płatnika składek</i>	27
1.2.	<i>Dokumenty zgłoszeniowe osoby ubezpieczonej</i>	28

2.	DOKUMENTY ROZLICZENIOWE	29
3.	ZGŁOSZENIE / KOREKTA DANYCH O PRACY W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH LUB O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE	30
4.	KORYGOWANIE DOKUMENTÓW UBEZPIECZENIOWYCH W ZWIĄZKU Z REKLAMACJAMI UBEZPIECZONYCH DOTYCZĄCYMI INFORMACJI O STANIE KONTA W ZUS	31
ROZDZIAŁ IV		
	<i>Informacja dla osoby ubezpieczonej</i>	33
ROZDZIAŁ V		
	<i>Formularze ubezpieczeniowe</i>	35
ROZDZIAŁ VI		
	<i>Kody wykorzystywane przy wypełnianiu dokumentów ubezpieczeniowych</i>	73
	<i>Dwuznakowe symbole literowe państw</i>	83
	<i>Podstawa prawna</i>	84

Zgodnie z przepisami ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych jako płatnik składek jesteś zobowiązany do składania prawidłowo wypełnionych dokumentów ubezpieczeniowych niezbędnych do prowadzenia kont płatników składek i kont ubezpieczonych, a także do zgłaszania wszelkich zmian w danych wykazywanych w dokumentach ubezpieczeniowych przekazanych do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz korygowania błędnych danych zawartych w tych dokumentach. Poprzednio zasady wypełniania i korygowania dokumentów ubezpieczeniowych zawarliśmy w 2 odrębnych poradnikach (*Zasady wypełniania dokumentów ubezpieczeniowych. Poradnik dla płatników składek*, *Zasady korygowania dokumentów ubezpieczeniowych. Poradnik dla płatników składek*). Tym razem wszystkie te zasady zebraliśmy w niniejszym poradniku.

Poradnik został podzielony na rozdziały tak, abyś łatwo mógł znaleźć informacje potrzebne przy wypełnianiu obowiązków z tytułu bycia płatnikiem składek zarówno na swoje ubezpieczenia, jak i osób, które zatrudniasz:

- ➔ w **rozdziale pierwszym** zawarte są podstawowe informacje dotyczące zasad składania dokumentów ubezpieczeniowych,
- ➔ **rozdział drugi** przedstawia informacje o zasadach rozliczania i opłacania składek,
- ➔ **rozdział trzeci** zawiera zasady korygowania dokumentów ubezpieczeniowych,
- ➔ **rozdział czwarty** wskazuje, jak należy przekazywać informacje osobom ubezpieczonym o rozliczonych składkach,
- ➔ **rozdział piąty** zawiera wzory formularzy zgłoszeniowych i rozliczeniowych,
- ➔ **rozdział szósty** przedstawia kody i symbole literowe państw wykorzystywane przy wypełnianiu dokumentów¹ oraz podstawę prawną.

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

ROZDZIAŁ I

Zasady składania dokumentów ubezpieczeniowych

1. FORMULARZE UBEZPIECZENIOWE – RODZAJE I STRUKTURA

Formularze ubezpieczeniowe dzielimy na dokumenty:

- zgłoszeniowe – płatnika i osoby ubezpieczonej,
- rozliczeniowe.

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

SYMBOL	NAZWA FORMULARZA
Formularze zgłoszeniowe osoby ubezpieczonej	
ZUS ZUA	zgłoszenie do ubezpieczeń / zgłoszenie zmiany danych osoby ubezpieczonej
ZUS ZCNA	zgłoszenie danych o członkach rodziny dla celów ubezpieczenia zdrowotnego
ZUS ZZA	zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego / zgłoszenie zmiany danych
ZUS ZIUA	zgłoszenie zmiany danych identyfikacyjnych osoby ubezpieczonej
ZUS ZWUA	wyrejestrowanie z ubezpieczeń
ZUS ZSWA	zgłoszenie / korekta danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze
Formularze zgłoszeniowe płatnika składek	
ZUS ZPA	zgłoszenie / zmiana danych płatnika składek – osoby prawnej lub jednostki organizacyjnej nieposiadającej osobowości prawnej
ZUS ZFA	zgłoszenie / zmiana danych płatnika składek – osoby fizycznej
ZUS ZIPA	zgłoszenie zmiany danych identyfikacyjnych płatnika składek
ZUS ZWPA	wyrejestrowanie płatnika składek
ZUS ZBA	informacja o numerach rachunków bankowych płatnika składek
ZUS ZAA	adresy prowadzenia działalności gospodarczej przez płatnika składek
Formularze rozliczeniowe	
ZUS RCA	imienny raport miesięczny o należnych składkach i wypłaconych świadczeniach
ZUS RZA	imienny raport miesięczny o należnych składkach na ubezpieczenie zdrowotne
ZUS RSA	imienny raport miesięczny o wypłaconych świadczeniach i przerwach w opłaceniu składek
ZUS DRA	deklaracja rozliczeniowa
Informacja dla ubezpieczonego	
	Informacja miesięczna dla osoby ubezpieczonej
	Informacja roczna dla osoby ubezpieczonej

Jak sama nazwa tych formularzy sugeruje, zgłaszasz na nich w ZUS siebie jako płatnika składek oraz osoby, które zatrudniasz lub będziesz zatrudniać, do ubezpieczeń społecznych lub ubezpieczenia zdrowotnego oraz rozliczasz w nich należne składki na te ubezpieczenia.

Poniżej przedstawiliśmy strukturę formularza ZUS.

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH ZUS **POLE** ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ

BLOK I. DANE ORGANIZACYJNE

01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ (jeśli TAK, wpisać X) **POLE** 02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych¹⁾)

03. Data nadania (dd / mm / rrrr) **POLE** 04. Numer REGON **POLE**

BLOK II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek) **POLE** 02. Numer PESEL²⁾ **POLE** 03. Data nadania dokumentu: osobisty, wpisać 1; list, wpisać - 2 **POLE** 04. Imię i nazwisko **POLE** 05. Imię pierwsze **POLE** 06. Data urodzenia (dd / mm / rrrr) **POLE**

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

Konieczne do prawidłowego wypełniania formularza czynności opisaliśmy w kolejności występowania niezbędnych danych w formularzu:

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

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

2. FORMA PRZEKAZYWANIA DOKUMENTÓW UBEZPIECZENIOWYCH DO ZUS

Zgodnie z ustawą² jako płatnik składek jesteś zobowiązany przekazywać do ZUS zgłoszenia do ubezpieczeń, imienne raporty miesięczne, deklaracje rozliczeniowe, inne dokumenty niezbędne oraz korekty tych dokumentów w wybranej formie, tzn.:

- ➔ drogą elektroniczną, korzystając z aplikacji e-Płatnik udostępnionej na www.pue.zus.pl bądź
- ➔ aktualnej wersji programu PŁATNIK (dostępnej na www.zus.pl lub w każdej terenowej jednostce ZUS) lub
- ➔ innego oprogramowania interfejsowego albo
- ➔ w formie papierowej lub wydruku z oprogramowania interfejsowego.

Jeśli chcesz korzystać z oprogramowania interfejsowego, to musi być ono zgodne z wymaganiami zdefiniowanymi przez ZUS i potwierdzone w sposób określony w art. 21 i 22 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne³.

Z formy papierowej albo w formie wydruku z oprogramowania interfejsowego mogą korzystać jedynie płatnicy składek rozliczający składki za nie więcej niż 5 osób. Niemniej jednak w uzasadnionych przypadkach, na Twój wniosek jako płatnika składek złożony w jednostce terenowej ZUS, Zakład Ubezpieczeń Społecznych może upoważnić Cię jako płatnika składek rozliczającego składki za więcej niż 5 osób do przekazywania dokumentów w formie dokumentu pisemnego według

² Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych z dnia 13 października 1998 r. (Dz.U. z 2015 r. poz. 121 z późn. zm.).

³ Dz.U. z 2014 r. poz. 1114.

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


WAŻNE

Płatnicy składek składający dokumenty w formie papierowej powinni:

- *zapoznać się przed wypełnieniem odpowiednich formularzy z zamieszczonymi w nich informacjami,*
- *wypełnić pola formularzy w wyznaczonych kratkach komputerowo, na maszynie lub ręcznie dużymi drukowanymi literami, czarnym lub niebieskim kolorem.*

3. DOKUMENTY ZGŁOSZENIOWE

3.1. ZGŁOSZENIE PŁATNIKA

Jako płatnik składek jesteś zobowiązany złożyć w terenowej jednostce organizacyjnej ZUS formularz – zgłoszenie płatnika składek (ZUS ZPA lub ZUS ZFA) **w terminie 7 dni od:**

- daty zatrudnienia pierwszego pracownika lub powstania stosunku prawnego uzasadniającego objęcie ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi pierwszej osoby,
- daty powstania obowiązku ubezpieczeń emerytalnego i rentowych dla ubezpieczonych zobowiązanych do płacenia składek wyłącznie na własne ubezpieczenia albo składek na ubezpieczenia osób z nimi współpracujących.


WAŻNE

Na analogicznych zasadach dokonuje się zgłoszeń płatników, którzy są zobowiązani do rozliczania i opłacania składek za osoby podlegające wyłącznie ubezpieczeniu zdrowotnemu.

Szczegółowe informacje dotyczące zasad wypełniania dokumentów ZUS ZPA i ZUS ZFA znajdziesz w poradnikach [ZUS ZPA zgłoszenie / zmiana danych płatnika składek – osoby prawnej lub jednostki organizacyjnej nieposiadającej osobowości prawnej. Jak wypełnić i skorygować](#) oraz [ZUS ZFA zgłoszenie / zmiana danych płatnika składek – osoby fizycznej. Jak wypełnić i skorygować](#).

3.1.1. Zgłoszenie płatnika składek będącego przedsiębiorcą

Jeśli jesteś osobą fizyczną rozpoczynającą prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej, zgłaszasz siebie jako płatnika składek w formie wniosku o wpis do Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej (CEIDG-1), składanego w organie ewidencyjnym⁴. Wniosek ten składasz drogą elektroniczną lub w urzędzie gminy – osobiście albo wysyłając go listem poleconym.

Wniosek o wpis do ewidencji działalności gospodarczej złożony na formularzu CEIDG-1 jest jednocześnie wnioskiem:

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

Organ ewidencyjny prześle niezwłocznie, nie później niż w ciągu 3 dni od dnia dokonania wpisu, dane z wniosku o wpis do ewidencji działalności gospodarczej do właściwej jednostki terenowej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wraz z kopią zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej.

⁴ Art. 14 ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. z 2015 r. poz. 584 z późn. zm.).

Jeżeli jesteś przedsiębiorcą składającym zgłoszenie o dokonanie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej i nie masz nadanego numeru NIP, organ gminy prześle Twoje zgłoszenie jako płatnika składek do ZUS po otrzymaniu od właściwego naczelnika urzędu skarbowego nadanego numeru NIP i uzupełnieniu wniosku o ten numer.

ZUS na podstawie danych przekazanych z CEIDG sporządzi za Ciebie dokumenty zgłoszeniowe płatnika składek.

Zgodnie z zakresem informacji podanych we wniosku sporządzi:

- ➔ zgłoszenie płatnika składek – na formularzu ZUS ZFA,
- ➔ informację o numerach rachunków bankowych płatnika składek – na formularzu ZUS ZBA,
- ➔ informację dotyczącą adresów prowadzenia działalności gospodarczej – na formularzu ZUS ZAA.

Zatem nie musisz ich sam sporządzać ani przekazywać do ZUS.

3.1.2. Zgłoszenie płatnika podlegającego wpisowi do Krajowego Rejestru Sądowego

Jeśli zamierzasz prowadzić spółkę prawa handlowego, stowarzyszenie, fundację lub inną organizację społeczną albo zawodową rejestrowaną w Krajowym Rejestrze Sądowym (KRS), czyli ogólnopolskim rejestrze prowadzonym przez wydziały gospodarcze sądów rejonowych, musisz wypełnić odpowiedni wniosek rejestrowy w KRS. Wniosek ten składasz we właściwym miejscowo sądzie. Po dokonaniu wpisu do KRS następuje automatyczne przekazanie danych z tego rejestru do Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) i Centralnego Rejestru Podmiotów – Krajowej Ewidencji Podatników i nadanie identyfikatora podatkowego NIP oraz numeru identyfikacyjnego REGON.

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

Wniosek o wpis do KRS zawiera „dane podstawowe”. Są to dane o Twojej firmie wpisane w KRS. Na podstawie wpisu będą one automatycznie przekazywane do Centralnego Rejestru Podmiotów – Krajowej Ewidencji Podatników i rejestru Regon (CRP-KEP). Za pośrednictwem CRP-KEP trafią również do Centralnego Rejestru Płatników Składek prowadzonego przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS).

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

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

Wniosek NIP-8 jest przeznaczony dla podmiotów wpisanych do KRS i służy do zgłaszania lub aktualizacji danych nieobjętych wpisem do KRS. Podajesz między innymi:

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

Wniosek NIP-8 składasz we właściwym miejscowo US. Dane z wniosku NIP-8 zostaną automatycznie przekazane przez CRP-KEP do ZUS.



WAŻNE

Należy pamiętać, że nazwa skrócona wykazywana w dokumentach ubezpieczeniowych i dla celów ubezpieczeń nie może przekraczać 31 znaków. Dlatego też we wniosku NIP-8 w bloku B.1 pole 7 należy wpisać ustanowioną nazwę skróconą nie dłuższą niż 31 znaków.

„Dane podstawowe” (KRS) oraz „dane uzupełniające” (US) stanowią komplet danych, na podstawie których **ZUS utworzy konto płatnika składek**, służące do rozliczania składek na poszczególne ubezpieczenia za Ciebie oraz wszystkich ubezpieczonych, których zgłosisz do ubezpieczeń. Na podstawie danych przekazanych z CRP-KEP **ZUS sporządzi za Ciebie dokumenty zgłoszeniowe płatnika składek**:

- ➔ **ZUS ZPA** – zgłoszenie / zmiana danych płatnika składek – osoby prawnej lub jednostki organizacyjnej nieposiadającej osobowości prawnej,
- ➔ **ZUS ZAA** – adresy prowadzenia działalności gospodarczej przez płatnika składek,
- ➔ **ZUS ZBA** – informacja o numerach rachunków bankowych płatnika składek.



WAŻNE ZUS sporządzi dokumenty zgłoszeniowe pod warunkiem, że poprawnie i dokładnie wypełnisz wniosek w KRS, a następnie w US wniosek NIP-8, w terminie do 7 dni od daty rejestracji w KRS. W przypadku gdy wniosek NIP-8 będzie zawierał niepełne bądź błędne dane, ZUS przeprowadzi z Tobą postępowanie wyjaśniające.

Natomiast jeśli jesteś **wspólnikiem spółek: komandytowej, jawnej, partnerskiej lub jednoosobowej spółki z o.o.**, to składasz w ZUS zgłoszenie siebie jako płatnika składek na własne ubezpieczenia na formularzu ZUS ZFA, z własnymi danymi identyfikacyjnymi: **NIP i PESEL**⁵. W przypadku konieczności dokonania zmiany lub korekty danych identyfikacyjnych składasz formularz ZUS ZIPA.

3.1.3. Zgłoszenie rodzica jako płatnika składek zgłaszającego nianię

Jako rodzic zatrudniający nianię zobowiązany jesteś do zgłoszenia się **jako płatnik składek** w terenowej jednostce organizacyjnej ZUS lub przesłania pocztą formularza zgłoszenie płatnika składek **w terminie 7 dni** od daty podpisania umowy uaktywniającej z osobą sprawującą opiekę nad dzieckiem do lat 3, nie wcześniej niż 1 października 2011 r.

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



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

3.1.4. Zgłoszenia płatników składek w sytuacjach szczególnych

Wyjątkowe uregulowania dotyczą:

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



WAŻNE ZUS może żądać od płatnika składek ponownego złożenia zgłoszenia płatnika składek, jeżeli nie zostało ono zidentyfikowane w systemie informatycznym ZUS.

Do dokumentu zgłoszenie / zmiana danych płatnika składek – osoby prawnej lub jednostki organizacyjnej nieposiadającej osobowości prawnej (ZUS ZPA) oraz dokumentu zgłoszenie / zmiana danych płatnika składek – osoby fizycznej (ZUS ZFA) należy dołączyć informację o numerach rachunków bankowych płatnika składek (ZUS ZBA), jeżeli jako płatnik posiadasz więcej niż jeden

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

rachunek bankowy, a także adresy prowadzenia działalności gospodarczej (ZUS ZAA), jeżeli prowadzisz działalność pod adresem (adresami) innym niż adres siedziby.

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

3.2. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ

Każda osoba objęta obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi i/lub ubezpieczeniem zdrowotnym podlega zgłoszeniu do ubezpieczeń. Dlatego też jako płatnik składek masz obowiązek zgłosić **siebie** (jako osobę ubezpieczoną) oraz **pozostałe osoby (pracowników, zleceniobiorców, osoby współpracujące)** w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych do odpowiednich ubezpieczeń, w terminie **7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczeń**, tj.:

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

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

- ➔ na formularzu **ZUS ZUA** zgłoszenie do ubezpieczeń / zgłoszenie zmiany danych osoby ubezpieczonej – jeżeli podlega ona ubezpieczeniom społecznym i ubezpieczeniu zdrowotnemu lub tylko ubezpieczeniom społecznym,
- ➔ na formularzu **ZUS ZZA** zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego / zgłoszenie zmiany danych – jeżeli osoba podlega wyłącznie ubezpieczeniu zdrowotnemu.

Szczegółowe informacje dotyczące zasad wypełniania dokumentów ZUS ZUA i ZUS ZZA znajdziesz w poradnikach [ZUS ZUA zgłoszenie do ubezpieczeń / zgłoszenie zmiany danych osoby ubezpieczonej. Jak wypełnić i skorygować](#) i [ZUS ZZA zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego / zgłoszenie zmiany danych. Jak wypełnić i skorygować](#).

Pamiętaj również o obowiązku zgłoszenia członków rodziny poszczególnych ubezpieczonych, jeśli zostałeś poinformowany przez ubezpieczonego o konieczności ich zgłoszenia i w tym zakresie członkowie rodziny spełniają warunki określone ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (patrz: Podstawa prawna na końcu poradnika).

Zgłoszenia członka rodziny ubezpieczonego dokonujesz na formularzu **ZUS ZCNA** zgłoszenie danych o członkach rodziny dla celów ubezpieczenia zdrowotnego, w terminie **7 dni od dnia, w którym ubezpieczony poinformował o konieczności zgłoszenia danego członka rodziny**.

Szczegółowe informacje dotyczące zasad wypełniania dokumentu ZUS ZCNA znajdziesz w poradniku [ZUS ZCNA zgłoszenie danych o członkach rodziny dla celów ubezpieczenia zdrowotnego. Jak wypełnić i skorygować](#).



WAŻNE

- Za **członka rodziny** – dla celów ubezpieczenia zdrowotnego uważa się:
- ➔ dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej lub rodzinnego domu dziecka, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli uczy się dalej w szkole, zakładzie kształcenia nauczycieli, uczelni lub jednostce naukowej prowadzącej studia doktoranckie – do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku,

- ➔ *małżonka,*
- ➔ *wstępnych (tj. rodziców, dziadków itp.) pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.*

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

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

Jako twórca lub artysta dokonujesz zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych w terminie **7 dni od dnia otrzymania decyzji Komisji do Spraw Zaopatrzenia Emerytalnego Twórców** ustalającej datę rozpoczęcia wykonywania działalności twórczej lub artystycznej.

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

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

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

- ➔ *osoby przebywające na urloпах wychowawczych lub pobierające zasiłek macierzyński albo zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego zgłasza się do ubezpieczeń przez wykazanie ich w imiennym raporcie miesięcznym, składanym do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w terminie przekazywania dokumentów rozliczeniowych.*

WAŻNE *ZUS może zażądać od Ciebie jako płatnika składek ponownego złożenia zgłoszenia do ubezpieczeń, jeżeli nie zostało ono zidentyfikowane w systemie informatycznym ZUS.*

3.3. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ

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

Wyrejestrowania z ubezpieczeń dokonujesz na formularzu **ZUS ZWUA** wyrejestrowanie z ubezpieczeń. Informację na ten temat znajdziesz w poradniku [ZUS ZWUA wyrejestrowanie z ubezpieczeń. Jak wypełnić i skorygować.](#)

Pamiętaj także, że jako płatnik składek zaprzestający wykonywania pozarolniczej działalności gospodarczej masz obowiązek wyrejestrować w ZUS siebie, osoby zatrudnione i osoby współpracujące z odpowiednich ubezpieczeń w ciągu 7 dni od daty ustania obowiązku ubezpieczeń. Ponadto masz obowiązek wyrejestrować na formularzu ZUS ZCNA członków rodziny zgłoszonych dla celów ubezpieczenia zdrowotnego.

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

3.4. WYREJESTROWANIE PŁATNIKA SKŁADEK

Jeżeli jako płatnik składek zakończyłeś prowadzenie działalności i dokonałeś wszelkich rozliczeń związanych z jej prowadzeniem (m.in. wyrejestrowałeś wszystkich ubezpieczonych oraz ich członków rodzin oraz rozliczyłeś składki od wypłaconych im należności stanowiących podstawę wymiaru składek), musisz złożyć zgłoszenie wyrejestrowania na druku **ZUS ZWPA**. Powinieneś to zrobić **w terminie 7 dni od daty zaprzestania wykonywania działalności**.

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

Szczegółowe zasady wypełniania dokumentu ZUS ZWPA znajdziesz w poradniku [ZUS ZWPA wyrejestrowanie płatnika składek. Jak wypełnić i skorygować](#).



WAŻNE

Jeśli jesteś przedsiębiorcą prowadzącym pozarolniczą działalność na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej, **zawieszając lub zaprzestając** wykonywania pozarolniczej działalności jednoosobowo albo w formie spółki cywilnej, wyrejestrowania płatnika składek dokonujesz na formularzu CEIDG-1 – wniosek o wpis do centralnej ewidencji działalności gospodarczej / wniosek o wpis informacji o zawieszeniu lub zaprzestaniu prowadzenia działalności gospodarczej.

Formularz CEIDG-1 składasz w organie ewidencyjnym.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych na podstawie otrzymanego z tego organu wniosku o wpis do ewidencji działalności gospodarczej:

1. w związku z zawieszeniem prowadzenia pozarolniczej działalności sporządzi z urzędu formularz:
 - ➔ ZUS ZWPA wyrejestrowanie płatnika składek,
 - ➔ ZUS ZWUA wyrejestrowanie z ubezpieczeń osoby prowadzącej działalność gospodarczą oraz wyrejestrowanie z ubezpieczeń osób współpracujących,
 - ➔ ZUS ZCNA wyrejestrowanie członków rodziny osoby ubezpieczonej – osoby prowadzącej działalność gospodarczą oraz osoby współpracującej,
2. w związku z zaprzestaniem prowadzenia pozarolniczej działalności sporządzi z urzędu formularz ZUS ZWPA wyrejestrowanie płatnika składek.

Zatem nie musisz ich sam sporządzać ani przekazywać do ZUS.



WAŻNE

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

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

Dane z wypełnionych przez Ciebie wniosków (odpowiednio w KRS lub w US), CRP-KEP prześle do ZUS.

Następnie na ich podstawie Zakład Ubezpieczeń Społecznych:

1. w związku z zawieszeniem prowadzenia pozarolniczej działalności sporządzi z urzędu formularz ZUS ZWPA z kodem 600 – inna przyczyna wyrejestrowania,
2. w związku z zaprzestaniem prowadzenia pozarolniczej działalności sporządzi z urzędu formularz ZUS ZWPA z odpowiednim kodem wyrejestrowania opisanym przez Ciebie we wniosku KRS lub wniosku NIP-8 (możliwe opcje: postanowienie sądu o ukończeniu postępowania upadłościowego [115], wykreślenie z rejestru, ewidencji lub skreślenie z listy [211], decyzja właściwego organu o likwidacji płatnika składek będącego jednostką sektora finansów publicznych [311]).

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

**WAŻNE**

Wspólnicy spółek komandytowych, jawnych, partnerskich i jednoosobowych spółek z o.o. pełniący funkcję płatnika składek na własne ubezpieczenia w związku z zawieszeniem lub zamknięciem działalności spółki w Krajowym Rejestrze Sądowym zobowiązani są do złożenia formularza ZUS ZWPA – wyrejestrowanie płatnika składek.

Formularz ZUS ZWPA można wypełnić w sądach rejestrowych, za pośrednictwem których zostanie przekazany do terenowej jednostki ZUS właściwej ze względu na adres siedziby płatnika składek.

Płatnicy mogą ten dokument przekazać samodzielnie (bez pośrednictwa sądu) w formie dokumentu elektronicznego (opatrzonego bezpiecznym podpisem elektronicznym weryfikowanym przy pomocy ważnego kwalifikowanego certyfikatu) albo w formie papierowej bezpośrednio w terenowej jednostce ZUS właściwej ze względu na adres siedziby płatnika składek lub za pomocą poczty.

Ponadto płatnicy Ci mają obowiązek złożyć formularz ZUS ZWUA wyrejestrowujący ich z ubezpieczeń, a także formularz ZUS ZCNA wyrejestrowujący zgłoszonych członków rodziny.

4. ZASADY PODAWANIA WŁAŚCIWEGO ZESTAWU DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH PŁATNIKA SKŁADEK

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

Każdy podmiot będący płatnikiem składek na ubezpieczenia społeczne lub ubezpieczenie zdrowotne podlega obowiązkowi ewidencyjnemu na zasadach określonych przepisami⁶ i otrzymuje identyfikator NIP.

W zakresie identyfikatorów numerycznych zgłoszenie płatnika składek powinno zawierać:

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

**WAŻNE**

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

⁶ Ustawa z dnia 13 października 1995 r. o zasadach ewidencji i identyfikacji podatników i płatników (Dz.U. z 2012 r. poz. 1314 z późn. zm.).

W przypadku gdy płatnik składek opłacający składki wyłącznie na własne ubezpieczenia w przekazanym do ZUS zgłoszeniu ZUS ZFA podał tylko numery NIP i REGON, natomiast w zgłoszeniu do ubezpieczeń (ZUS ZUA, ZUS ZZA) podał jako identyfikatory ubezpieczonego numery NIP i PESEL lub tylko NIP, konieczne jest zgłoszenie zmiany danych identyfikacyjnych płatnika (ZUS ZIPA).

W bloku II „Poprzednie dane identyfikacyjne płatnika składek” należy wykazać dane identyfikacyjne, z jakimi płatnik został zgłoszony w zgłoszeniu ZUS ZFA, natomiast w bloku III „Aktualne dane identyfikacyjne płatnika składek” należy podać oprócz dotychczasowych danych identyfikacyjnych dodatkowo numer PESEL.

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

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

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

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

4.1. PŁATNICZY SKŁADEK O STRUKTURZE WIELOODDZIAŁOWEJ

Płatnikami składek na ubezpieczenia społeczne są podmioty spełniające warunki określone w art. 4 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Między innymi płatnikiem składek w stosunku do pracowników jest pracodawca. Oznacza to, iż wyodrębnione jednostki organizacyjne (np. oddziały) osób prawnych będą płatnikami składek w stosunku do osób w nich zatrudnionych, pod warunkiem że są dla tych osób pracodawcami w rozumieniu Kodeksu pracy.

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

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

4.2. WSPÓŁMAŁŻONKOWIE PROWADZĄCY POZAROLNICZĄ DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ

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

Oznacza to, że każdy ze współmałżonków powinien dokonać odrębnego zgłoszenia siebie jako płatnika składek na wniosku o wpis do ewidencji CEIDG-1 oraz zgłoszenia do ubezpieczeń na formularzu odpowiednio ZUS ZUA lub ZUS ZZA, **posługując się własnymi, odrębnymi identyfikatorami NIP i REGON.**

Ze względu na to, że małżonkowie występują jako 2 odrębnych płatników składek, tj. jeden jako płatnik opłacający składki za siebie oraz za pracowników i drugi jako płatnik opłacający składki wyłącznie na własne ubezpieczenia, zgłoszenie małżonków jako płatników składek powinno być dokonane w następujący sposób:

- ➔ małżonek, który jest płatnikiem składek za siebie i za pracowników w zgłoszeniu podaje identyfikatory: **swój NIP i REGON nadany z tytułu prowadzonej działalności**,
- ➔ natomiast drugi małżonek opłacający składki wyłącznie na własne ubezpieczenia w zgłoszeniu podaje identyfikatory: **swój NIP, REGON nadany z tytułu prowadzonej działalności oraz swój PESEL**.

4.3. SPÓŁKI CYWILNE

W przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą w formie spółki cywilnej płatnikiem składek na ubezpieczenia społeczne i ubezpieczenie zdrowotne jest każdy ze wspólników na własne ubezpieczenia.

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

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

Każdy ze wspólników, jako przedsiębiorca, zgłasza siebie jako płatnika składek na własne ubezpieczenia w formie wniosku o wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG) na formularzu CEIDG-1 drogą elektroniczną lub w urzędzie gminy – osobiście lub listem poleconym.

ZUS na podstawie danych przekazanych z CEIDG sporządzi dokumenty zgłoszeniowe płatnika składek. Odpowiednio do zakresu informacji podanych we wniosku CEIDG-1, ZUS sporządzi:

- ➔ zgłoszenie płatnika składek – na formularzu ZUS ZFA,
- ➔ informację o numerach bankowych płatnika składek – na formularzu ZUS ZBA,
- ➔ informację dotyczącą adresów prowadzenia działalności gospodarczej – na formularzu ZUS ZAA.

Wspólnicy zgłaszający się odrębnie od spółki jako płatnicy składek nie mogą posługiwać się numerem NIP lub REGON nadanym spółce.

4.4. OSOBY FIZYCZNE PROWADZĄCE KILKA RODZAJÓW DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ

W świetle przepisów ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych jako osoba fizyczna prowadząca pozarolniczą działalność jesteś płatnikiem składek na własne ubezpieczenia, za osoby współpracujące oraz za wszystkie zatrudniane przez siebie osoby (pracowników, zleceniobiorców). W przypadku, gdy jesteś osobą fizyczną prowadzącą kilka rodzajów działalności gospodarczej zlokalizowanych pod różnymi adresami (tj. posiadasz jednostki lokalne⁷), to jesteś płatnikiem składek za wszystkich zatrudnionych w poszczególnych zakładach / jednostkach lokalnych.

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

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

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

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

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

Jako wspólnik jednoosobowej spółki z ograniczoną odpowiedzialnością, spółki jawnej, komandytowej lub partnerskiej podlegasz ubezpieczeniom społecznym i ubezpieczeniu zdrowotnemu jako osoba prowadząca działalność pozarolniczą.

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

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

4.6. POSŁOWIE I SENATOROWIE PROWADZĄCY DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ

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

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

Posel / senator jako płatnik składek zgłasza się na dokumencie **ZUS ZPA**. Jako dane identyfikacyjne podaje: **NIP – osobisty (posła / senatora), REGON biura, nazwę skróconą biura**.

W biurach poselskich mogą być zatrudniani np. pracownicy i zleceniobiorcy. Tym samym postowie / senatorowie, będąc np. pracodawcami w stosunku do osób zatrudnianych w swoich biurach, **powinni dokonywać zgłoszenia płatnika składek z osobistym numerem NIP, numerem REGON i nazwą skróconą biura** – na formularzu **ZUS ZPA**.

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

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

4.7. PODMIOT ZAGRANICZNY PEŁNIĄCY ROLĘ PŁATNIKA SKŁADEK

Pracodawca zagraniczny, będąc płatnikiem składek do polskiego systemu ubezpieczeń społecznych, powinien uzyskać identyfikator NIP (Numer Identyfikacji Podatkowej). O jego nadanie należy zwrócić się do naczelnika **Drugiego Urzędu Skarbowego Warszawa Śródmieście, ul. Jagiellońska 15, 03-719 Warszawa**. Jeżeli podmiot zagraniczny został zarejestrowany w Polsce przez właściwy urząd skarbowy jako podatnik VAT UE, nie występuje ponownie o nadanie numeru NIP,

⁸ Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 9 maja 1996 r. o wykonywaniu mandatu posła i senatora (Dz.U. z 2015 r. poz. 1605 z późn. zm.).

lecz w danych identyfikacyjnych wykazywanych w dokumentach ubezpieczeniowych oraz płatniczych powinien podawać identyfikator NIP służący do rozliczeń podatku VAT, z pominięciem symbolu PL.

Następnie powinien zgłosić się do **I Oddziału ZUS w Warszawie, ul. Senatorska 6/8** z kopią decyzji o nadaniu numeru NIP oraz wypełnionym formularzem zgłoszenia płatnika składek:

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

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

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

W zakresie identyfikatorów numerycznych zgłoszenie płatnika składek – pracodawcy zagranicznego powinno zawierać:

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



WAŻNE *Pracownik, który na podstawie umowy zawartej z pracodawcą zagranicznym przejął obowiązki płatnika składek (czyli na podstawie umowy zawartej z pracodawcą zagranicznym z państwa członkowskiego Unii), obsługiwany jest przez właściwy z uwagi na swoje miejsce zamieszkania oddział (inspektorat) ZUS. Szczegółowy wykaz jednostek ZUS znajduje się na stronach internetowych ZUS.*

Pracownik pełniący obowiązki płatnika składek w imieniu pracodawcy zagranicznego musi posiadać NIP. Pracownik będący obywatelem Polski wykorzystuje do tego celu osobisty NIP. Natomiast obywatel z państwa Unii Europejskiej musi wystąpić o nadanie numeru NIP do naczelnika urzędu skarbowego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania w Polsce. W przypadku gdy osoba fizyczna zostanie zarejestrowana w Polsce przez właściwy urząd skarbowy jako podatnik VAT UE, w danych identyfikacyjnych wykazywanych w dokumentach ubezpieczeniowych oraz w dokumentach płatniczych powinna podawać identyfikator NIP, pomijając symbol PL. Zadaniem pracownika pełniącego rolę płatnika jest wypełnienie obowiązku zgłoszeniowego. Polega on na zgłoszeniu się do właściwej ze względu na jego miejsce zamieszkania jednostki ZUS z:

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

oraz wypełnieniu dwóch formularzy, czyli: ZUS ZUA (lub ZUS ZZA, gdy podlegać będzie tylko ubezpieczeniu zdrowotnemu) oraz ZUS ZAA, w których jako dane identyfikacyjne płatnika (blok II) podaje:

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

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

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

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

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

Osoby te obowiązane są wpisać właściwy dla tej grupy ubezpieczonych – płatników składek – kod tytułu ubezpieczenia (blok V): **01 25, 01 26, 04 26, 04 28** (opis kodów, patrz rozdział VI *Kody wykorzystywane przy wypełnianiu dokumentów ubezpieczeniowych*).

Na składanym formularzu ZUS ZAA pracownik pełniący obowiązki płatnika zgłasza dodatkowo adres podmiotu zagranicznego, z którym zawarta została umowa o przejęciu obowiązków płatnika składek.



U W A G A

W przypadku gdy płatnik, który przejął obowiązki płatnika zagranicznego, ma już zaewidencjonowane konto w ZUS z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej, w zgłoszeniu ZUS ZUA/ZZA z kodem tytułu ubezpieczenia 0125xx/ 0426xx powinien podać w bloku danych identyfikacyjnych płatnika składek takie dane identyfikacyjne płatnika składek, jakie zostały zaewidencjonowane na założonym wcześniej koncie płatnika składek z tytułu prowadzenia działalności pozarolniczej (gdzie wśród danych identyfikacyjnych jest PESEL zamiast nr dowodu osobistego).

Podobnie powinien postąpić płatnik, który ma już założone konto z tytułu przejęcia obowiązków płatnika zagranicznego i zgłasza się do ZUS z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności, czyli w bloku danych identyfikacyjnych płatnika składek podać takie dane identyfikacyjne płatnika składek, jakie zostały zaewidencjonowane na założonym wcześniej koncie płatnika składek z tytułu przejęcia obowiązku płatnika zagranicznego (gdzie wśród danych identyfikacyjnych jest PESEL zamiast nr dowodu osobistego).

W jednym, jak i drugim przypadku płatnicy składek na bieżąco powinni składać deklaracje rozliczeniowe ZUS DRA SZS z dwóch zakresów (czyli z zakresu 01–39 z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności oraz z zakresu 40–49 z tytułu przejęcia obowiązków płatnika zagranicznego). Tak też powinny być oznaczane przez płatnika składek odrębnie dokonywane wpłaty (na pokrycie składek z każdego zakresu).

5. DOKUMENTY ROZLICZENIOWE

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



W A Ź N E

W przypadku prowadzenia kilku pozarolniczych działalności gospodarczych, składki za zatrudnionych w nich pracowników rozliczasz w jednym komplecie rozliczeniowym⁹.

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

Szczegółowe zasady wypełniania dokumentów rozliczeniowych znajdziesz w poradniku [ZUS DRA deklaracja rozliczeniowa. Jak wypełnić i skorygować](#), [ZUS RCA imienny raport miesięczny o należnych składkach i wypłaconych świadczeniach. Jak wypełnić i skorygować](#), [ZUS RZA imienny raport miesięczny o należnych składkach na ubezpieczenie zdrowotne. Jak wypełnić i skorygować](#) i [ZUS RSA imienny raport miesięczny o wypłaconych świadczeniach i przerwach w opłaceniu składek. Jak wypełnić i skorygować](#).

⁹ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 18 kwietnia 2008 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu postępowania w sprawach rozliczania składek, do których poboru jest zobowiązany Zakład Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. z 2008 r. nr 78, poz. 465 z późn. zm.).

5.1. ZWOLNIENIE Z OBOWIĄZKU PRZEKAZYWANIA DO ZUS DOKUMENTÓW ROZLICZENIOWYCH

Jeśli prowadzisz pozarolniczą działalność, opłacasz składki wyłącznie za siebie i/lub osoby współpracujące, oraz za poprzedni miesiąc kalendarzowy złożyłeś dokumenty rozliczeniowe z rozliczeniem należnych składek za cały miesiąc, a wykazana w nich podstawa wymiaru składek nie jest niższa od obowiązującej dla danego ubezpieczonego minimalnej podstawy ich wymiaru, czyli:

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

Zwolnienie z obowiązku składania dokumentów rozliczeniowych dotyczy również miesięcy, w których następuje zmiana wysokości minimalnej podstawy wymiaru składek.

Jeśli jesteś osobą prowadzącą pozarolniczą działalność i/lub za osobę współpracującą, której zasiłek macierzyński nie przekracza kwoty świadczenia rodzicielskiego (kod tytułu ubezpieczenia 05 80 xx i 05 81 xx) oraz za poprzedni miesiąc kalendarzowy złożyłeś dokumenty rozliczeniowe z rozliczeniem należnej składki na ubezpieczenie zdrowotne za cały miesiąc, a wykazana w nich składka jest równa 0, to zwolnienie z przekazywania dokumentów będzie obowiązywało za okres zasiłku macierzyńskiego, który nie przekracza kwoty świadczenia rodzicielskiego.

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

- **duchowni opłacający składki wyłącznie za siebie** (kod tytułu ubezpieczenia 10 10 xx i 10 20 xx), jeżeli w ostatniej deklaracji rozliczeniowej zadeklarowali minimalną podstawę wymiaru składek, tj.:
 - na ubezpieczenia społeczne:
 - kwotę minimalnego wynagrodzenia za pracę lub
 - kwotę niższą od minimalnego wynagrodzenia za pracę stanowiącą różnicę pomiędzy kwotą minimalnego wynagrodzenia a podstawą wymiaru składek z równoległego ubezpieczenia z tytułu pracy, członkostwa w spółdzielni lub służby,
 - na ubezpieczenie zdrowotne:
 - kwotę minimalnego wynagrodzenia za pracę lub
 - kwotę niższą od minimalnego wynagrodzenia za pracę, stanowiącą różnicę pomiędzy kwotą minimalnego wynagrodzenia a podstawą wymiaru z równoległego ubezpieczenia z tytułu pracy, członkostwa w spółdzielni lub służby albo
 - kwotę specjalnego zasiłku opiekuńczego;
- **osoby, które zgłosiły się dobrowolnie do ubezpieczeń emerytalnego i rentowych, opłacające składki tylko za siebie**, jeżeli w ostatnio złożonej deklaracji rozliczeniowej zadeklarowały do podstawy wymiaru składek na te ubezpieczenia kwotę nie niższą niż kwota minimalnego wynagrodzenia za pracę (kod tytułu ubezpieczenia 19 00 xx).

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



WAŻNE

Gdy podlegasz dobrowolnie ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym, a także przystąpiłeś do dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego, składasz za każdy miesiąc dwie deklaracje rozliczeniowe z wykazanymi w polach X.01 odpowiednimi kodami tytułu ubezpieczenia:

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

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

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

- ➔ złożyłeś za poprzedni miesiąc komplet dokumentów rozliczeniowych za nianię z identyfikatorem 40 z rozliczeniem pełnego miesiąca (tj. deklarację rozliczeniową ZUS DRA i imienny raport ZUS RCA / ZUS RZA z kodem tytułu ubezpieczenia 04 30 XX),
- ➔ w komplecie dokumentów z rozliczeniem pełnego miesiąca nie występuje raport imienny ZUS RSA,
- ➔ podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne niani nie przekracza wysokości minimalnego wynagrodzenia.

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

Jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność, zobowiązana do opłacania składki **na ubezpieczenie zdrowotne z więcej niż jednego źródła przychodu** (gdy minimalna podstawa wymiaru składek na to ubezpieczenie jest wielokrotnością kwoty stanowiącej 75% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw, wraz z wypłatami z zysku), to też **nie musisz składać dokumentów rozliczeniowych za miesiące, w których następuje zmiana minimalnej podstawy wymiaru składek** na to ubezpieczenie, pod warunkiem, że nie zmienia się liczba źródeł przychodu.

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

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

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

Na podstawie tak złożonych dokumentów ZUS będzie mógł sporządzać za Ciebie dokumenty rozliczeniowe za następne miesiące.

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

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

5.3. TERMINY SKŁADANIA DOKUMENTÓW ROZLICZENIOWYCH

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

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

W okresie do 31 grudnia 2010 r. termin do 5 dnia następnego miesiąca obowiązywał dla płatników składek będących jednostkami budżetowymi, zakładami budżetowymi i gospodarstwami pomocniczymi¹⁰.

WYJĄTEK

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

WAŻNE

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

¹⁰ Art. 20 ust. 1, art. 24 ust. 1 i art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. z 2013 r. poz. 885 z późn. zm.).

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

ROZDZIAŁ II

Zasady rozliczania i opłacania składek

1. SKŁADKI NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE I UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

Składki na ubezpieczenia społeczne wynoszą:

- ➔ na ubezpieczenie emerytalne – **19,52%** podstawy wymiaru,
- ➔ na ubezpieczenia rentowe – **8%** podstawy wymiaru (od 1 lutego 2012 r.),
- ➔ na ubezpieczenie chorobowe – **2,45%** podstawy wymiaru,
- ➔ na ubezpieczenie wypadkowe – stopa procentowa składki jest zróżnicowana, zgodnie z ustawą o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych oraz odpowiednimi aktami wykonawczymi do tej ustawy (patrz: [Podstawa prawna na końcu poradnika](#)).

Składka na ubezpieczenie zdrowotne wynosi 9% podstawy wymiaru.



WAŻNE

Zasady ustalania podstaw wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne i ubezpieczenie zdrowotne są odrębnie uregulowane w zależności od posiadanego tytułu do ubezpieczeń. Aktualne informacje w zakresie ustalania podstawy wymiaru składek, w stosunku do osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą oraz osób z nimi współpracujących, pracowników czy zleceniobiorców można uzyskać w każdej jednostce organizacyjnej ZUS oraz na www.zus.pl.

Zasady finansowania składek na poszczególne ubezpieczenia społeczne są następujące:

- 1) składka na ubezpieczenie **emerytalne**:
 - osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą – finansują ją w całości sami ubezpieczeni,
 - osób współpracujących przy prowadzeniu pozarolniczej działalności gospodarczej – finansuje ją w całości płatnik składek (czyli osoba prowadząca pozarolniczą działalność),
 - pracowników i zleceniobiorców – finansuje ją w połowie ubezpieczony, a w połowie płatnik składek (czyli odpowiednio pracodawca lub zleceniodawca);
- 2) składka na ubezpieczenia **rentowe**:
 - osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą – finansują ją w całości sami ubezpieczeni,
 - osób współpracujących przy prowadzeniu pozarolniczej działalności gospodarczej – finansuje ją w całości płatnik składek (czyli osoba prowadząca pozarolniczą działalność),
 - pracowników i zleceniobiorców – finansują ją: w wysokości **1,5%** podstawy wymiaru ubezpieczony (np. przy podstawie wymiaru składek 1600 zł, składka wynosi: $1600 \times 1,5\% = 24$ zł), a w wysokości **6,5%** podstawy wymiaru płatnik składek (np. przy tej samej podstawie wymiaru składek składka wynosi: $1600 \times 6,5\% = 104$ zł, czyli odpowiednio pracodawca lub zleceniodawca);

- 3) składka na ubezpieczenie **chorobowe**:
 - osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą oraz pracowników i zgłoszonych do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego zleceniobiorców – finansują ją w całości sami ubezpieczeni,
 - osób współpracujących przy prowadzeniu pozarolniczej działalności gospodarczej – finansuje ją w całości płatnik składek (czyli osoba prowadząca pozarolniczą działalność);
- 4) składka na ubezpieczenie **wypadkowe**:
 - osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą – finansują ją w całości osoby będące płatnikami składek,
 - osób współpracujących przy prowadzeniu pozarolniczej działalności gospodarczej oraz pracowników i zleceniobiorców – finansuje ją w całości płatnik składek (czyli odpowiednio osoba prowadząca pozarolniczą działalność, pracodawca lub zleceniodawca).

2. SKŁADKI NA FUNDUSZ PRACY I FUNDUSZ GWARANTOWANYCH ŚWIADCZEŃ PRACOWNICZYCH

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

- 1) **na Fundusz Pracy (FP)**¹² – za osoby podlegające obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym (w tym za siebie), dla których podstawa wymiaru składek na te ubezpieczenia, w przeliczeniu na okres miesiąca (łącznie ze wszystkich tytułów, u wszystkich płatników) wynosi co najmniej tyle, ile minimalne wynagrodzenie, zaś w przypadku:
 - pracowników w pierwszym roku ich pracy (w ogóle, nie tylko u danego pracodawcy) – co najmniej 80% minimalnego wynagrodzenia za pracę.



WAŻNE

*Jeśli jesteś osobą prowadzącą pozarolniczą działalność gospodarczą, która zatrudnia **wyłącznie** osoby na **umowę zlecenia**, to nie masz obowiązku opłacania za nie składek na Fundusz Pracy.*

- 2) **na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych (FGŚP)**¹³ – za osoby zatrudnione (np. pracowników i zleceniobiorców), podlegające obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym, bez względu na wysokość podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe.

Za osobę prowadzącą pozarolniczą działalność gospodarczą oraz za osoby współpracujące z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność, jak też za zatrudnione osoby będące: małżonkiem prowadzącego działalność, a także jego dziećmi własnymi, dziećmi drugiego małżonka i dziećmi przysposobionymi, rodzicami, macochą lub ojczymem, osobami przysposabiającymi, a także rodzeństwem, wnukami, dziadkami, zięciami i synowymi, bratowymi, szwagierkami i szwagrami oraz osobami wykonującymi pracę zarobkową w gospodarstwie domowym – **nie opłaca się** składek na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych.

¹² Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2015 r. poz. 149 z późn. zm.).

¹³ Ustawa z dnia 13 lipca 2006 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy (Dz.U. z 2014 r. poz. 272 z późn. zm.).

Składek na FP i FGŚP **nie opłaca się**:

- ➔ za pracowników powracających z urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopu rodzicielskiego lub urlopu wychowawczego w okresie 36 miesięcy, począwszy od pierwszego miesiąca po powrocie z takiego urlopu,
- ➔ za pracowników, którzy ukończyli 50 rok życia i w okresie 30 dni przed zatrudnieniem pozostawali w ewidencji bezrobotnych powiatowego urzędu pracy; zwolnienie przysługuje przez okres 12 miesięcy, począwszy od pierwszego miesiąca po zawarciu umowy o pracę,
- ➔ za skierowanych do pracy bezrobotnych, którzy nie ukończyli 30. roku życia, przez okres 12 miesięcy, począwszy od pierwszego miesiąca po zawarciu umowy o pracę,
- ➔ za osoby, które osiągnęły wiek wynoszący co najmniej 55 lat dla kobiet i co najmniej 60 lat dla mężczyzn.

Wysokość składki na FP i wysokość składki na FGŚP określa ustawa budżetowa.

W **2016 r.** składka na Fundusz Pracy wynosi **2,45%** podstawy wymiaru, natomiast składka na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych – **0,10%** podstawy wymiaru.



WAŻNE

Szczegółowe informacje w zakresie zasad opłacania składek na Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych znajdziesz w poradniku [Zasady opłacania składek na Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych](#).

3. SKŁADKI NA FUNDUSZ EMERYTUR POMOSTOWYCH

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

- ➔ urodzili się po 31 grudnia 1948 r.,
- ➔ wykonują prace w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, o których mowa w art. 3 ust. 1 i 3 ustawy o emeryturach pomostowych¹⁴.

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

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

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

4. SPOSÓB OPŁACANIA SKŁADEK

Składki opłacasz na wskazane przez ZUS rachunki bankowe, odrębnie na:

- ➔ nr konta: **83** 1010 1023 0000 2613 9510 0000 – ubezpieczenia społeczne,
- ➔ nr konta: **78** 1010 1023 0000 2613 9520 0000 – ubezpieczenie zdrowotne,

¹⁴ Ustawa z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych (Dz.U. z 2015 r. poz. 965 z późn. zm.).

➔ nr konta: **73** 1010 1023 0000 2613 95**30** 0000 – Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych,

➔ nr konta: **68** 1010 1023 0000 2613 95**40** 0000 – Fundusz Emerytur Pomostowych.

Należności z tytułu składek zobowiązany jesteś opłacać w formie bezgotówkowej, w drodze obciążenia rachunku bankowego płatnika składek. Jako płatnik składek – mikroprzedsiębiorca¹⁵ – możesz opłacać należności z tytułu składek również w formie przekazu pocztowego.

**WAŻNE**

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

Jeśli korzystasz ze zwolnienia z obowiązku składania dokumentów rozliczeniowych za dany miesiąc, to w dokumencie polecenia przelewu / wpłaty gotówkowej w polu 10 „Nr deklaracji” wpisujesz 01, a w polu 11 „Deklaracja” – miesiąc i rok, którego wpłata dotyczy (wymienione pola powinny zatem być wypełnione następująco: np. za wrzesień 2013 r. – **01 092013**, za październik 2013 r. – **01 102013**).

¹⁵ W rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. z 2015 r. poz. 584 z późn. zm.).

ROZDZIAŁ III

Korygowanie dokumentów ubezpieczeniowych

Jako płatnik składek zobowiązany jesteś zawiadomić Zakład Ubezpieczeń Społecznych o wszelkich zmianach i korektach, jakie nastąpiły w przekazanych do ZUS dokumentach ubezpieczeniowych. Dokumenty w trybie zmiany lub korekty składasz w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości we własnym zakresie albo otrzymania zawiadomienia o stwierdzeniu nieprawidłowości przez ZUS.

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

Szczegółowe informacje dotyczące korygowania danych przekazanych do ZUS przez płatników składek znajdziesz w poradnikach dla poszczególnych dokumentów ubezpieczeniowych: ZUS ZPA, ZUS ZFA, ZUS ZIPA, ZUS ZAA, ZUS ZBA, ZUS ZWPA, ZUS ZCNA, ZUS ZZA, ZUS ZUA, ZUS ZWUA, ZUS ZIUA, ZUS ZSWA, ZUS DRA, ZUS RCA, ZUS RSA, ZUS RZA na www.zus.pl.

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

1. DOKUMENTY ZGŁOSZENIOWE

1.1. DOKUMENTY ZGŁOSZENIOWE PŁATNIKA SKŁADEK

- ➔ Zgłoszenie zmiany lub korekty danych zawartych w dokumencie zgłoszeniowym płatnika składek (ZUS ZPA / ZUS ZFA) składasz w terminie **7 dni od zaistnienia zmian bądź stwierdzenia nieprawidłowości**,
- ➔ zmiany lub korekty danych identyfikacyjnych płatnika składek (NIP, REGON, PESEL, nazwa skrócona, nazwisko, pierwsze imię, data urodzenia, seria i numer paszportu) – dokonujesz na formularzu **ZUS ZIPA**,
- ➔ danych wykazanych w zgłoszeniu płatnika składek (ZUS ZPA / ZUS ZFA) dotyczących danych adresowych, podstawy do prowadzenia pozarolniczej działalności i danych o biurze rachunkowym – dokonujesz poprzez złożenie zgłoszenia płatnika składek (ZUS ZPA / ZUS ZFA) w trybie zgłoszenia zmiany.



WAŻNE

Zmiany i korekty danych płatnika składek podlegających wpisowi do ewidencji działalności gospodarczej należy zgłaszać w formie wniosku CEIDG-1 składanym w organie ewidencyjnym. Zmiany i korekty danych niepodlegających wpisowi do ewidencji należy zgłaszać bezpośrednio w ZUS. Pamiętaj natomiast, że konieczne może okazać się złożenie zmiany zgłoszenia o ubezpieczeniach, jeśli zmieniane dane wystąpią także w zgłoszeniu ZUS ZUA lub ZUS ZZA.



WAŻNE

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

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

Zaktualizowane „dane podstawowe” z KRS oraz „dane uzupełniające” z wniosku NIP-8 przekazywane są automatycznie do CRP-KEP, a następnie do ZUS. Na podstawie danych zmienianych przez Ciebie w KRS i w US Zakład Ubezpieczeń Społecznych sporządzi z urzędu formularze:

- ➔ ZUS ZPA – w zakresie zgłoszenia zmiany danych (ewidencyjnych) płatnika składek – osoby prawnej lub jednostki organizacyjnej nieposiadającej osobowości prawnej,
- ➔ ZUS ZIPA – w zakresie zgłoszenia zmiany danych identyfikacyjnych płatnika składek,
- ➔ ZUS ZAA – w zakresie zmiany adresu prowadzenia działalności gospodarczej przez płatnika składek,
- ➔ ZUS ZBA – w zakresie zmiany numeru rachunku bankowego płatnika składek.



U W A G A Aby uniknąć w przyszłości problemu polegającego na zmianie nazwy skróconej w ZUS w wyniku składania aktualizacji danych uzupełniających na wniosku NIP-8, należy za każdym razem we wniosku NIP-8 blok B.1 pole 7 wpisać nazwę skróconą, która jest zapisana na koncie w ZUS.



W A Ź N E W przypadku gdy jako płatnik składek opłacający składki wyłącznie na własne ubezpieczenia w przekazanym do ZUS zgłoszeniu ZUS ZFA podałeś tylko numery NIP i REGON, natomiast w zgłoszeniu do ubezpieczeń (ZUS ZUA, ZUS ZZA) podałeś jako identyfikatory ubezpieczonego numery NIP i PESEL lub tylko NIP, koniecznie musisz dokonać zmiany danych identyfikacyjnych płatnika na dokumencie ZUS ZIPA.

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

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

1.2. DOKUMENTY ZGŁOSZENIOWE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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



PRZYKŁAD 1 Zgłaszając pracownika do ubezpieczeń na formularzu ZUS ZUA, wpisałeś błędną datę powstania obowiązku ubezpieczeń. Zamiast 1 września 2009 r. wpisałeś 1 sierpnia 2009 r. Aby skorygować ten błąd, powinieneś wyrejestrować pracownika na formularzu ZUS ZWUA z datą dokonania zgłoszenia, tj. 1 sierpnia 2009 r., a następnie na formularzu ZUS ZUA dokonać prawidłowego zgłoszenia z datą powstania obowiązku ubezpieczeń, tj. 1 września 2009 r.



PRZYKŁAD 2 Zgłosiłeś zleceniobiorcę do ubezpieczeń społecznych: emerytalnego, rentowych i wypadkowego oraz do ubezpieczenia zdrowotnego – na formularzu ZUS ZUA – od 1 czerwca 2009 r. W sierpniu 2009 r. zleceniobiorca złożył wniosek o objęcie go z tego tytułu także ubezpieczeniem chorobowym – od 1 września 2009 r. W związku z tym jako płatnik powinieneś złożyć na formularzu ZUS ZWUA wyrejestrowanie z dotychczasowych ubezpieczeń (tj. emerytalnego, rentowych, wypadkowego i zdrowotnego) od 1 września 2009 r., a następnie na formularzu ZUS ZUA dokonać zgłoszenia do wszystkich ubezpieczeń – od 1 września 2009 r.



WAŻNE W przypadku, gdy zgłosiłeś do ubezpieczeń przed 1 września 2011 r. ubezpieczonych tylko i wyłącznie z numerem NIP i nie zaktualizowałeś tych danych, to musisz zmienić dane identyfikacyjne ubezpieczonego na dokumencie ZUS ZIUA.

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

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

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

Płatnicy składek otrzymywali inne informacje w zakresie trybu dokonywania wyrejestrowania z ubezpieczeń w stosunku do okresów do końca 2015 r., czyli że dokument ZUS ZWUA należy złożyć dopiero po ustaniu ostatniego tytułu (rozwiązaniu, wygaśnięciu ostatniej umowy zlecenia / umowy o świadczenie usług wykonywanej na jego rzecz). W takiej sytuacji płatnicy nie powinni składać dokumentów zgłoszeniowych i wyrejestrowujących za okresy ubiegłe.

2. DOKUMENTY ROZLICZENIOWE

1. Jako płatnik składek jesteś zobowiązany sporządzić i przekazać dokumenty rozliczeniowe korygujące:
 - w terminie **7 dni od stwierdzenia nieprawidłowości** we własnym zakresie lub **od otrzymania zawiadomienia** o stwierdzeniu nieprawidłowości przez ZUS,
 - nie później niż w ciągu **7 dni od uprawomocnienia się decyzji** – jeżeli konieczność korekty danych jest wynikiem stwierdzenia nieprawidłowości przez ZUS w drodze decyzji,
 - nie później niż w ciągu **30 dni od otrzymania protokołu kontroli** – jeżeli konieczność korekty danych jest wynikiem stwierdzenia nieprawidłowości przez ZUS w drodze kontroli.
2. Dokumenty rozliczeniowe za dany miesiąc korygujesz, przekazując za ten miesiąc nowy, odpowiedni komplet dokumentów rozliczeniowych z podaniem – w bloku I, w dwóch pierwszych krótkach pola „Identyfikator...” tych dokumentów lub dokumentu – kolejnego numeru za dany miesiąc (np. 02, 03).
3. Komplet dokumentów rozliczeniowych korygujących składa się z imiennych raportów miesięcznych korygujących – dotyczących tylko tych ubezpieczonych, za których należało złożyć korekty – dołączonych do deklaracji rozliczeniowej korygującej zawierającej rozliczenie dotyczące wszystkich ubezpieczonych, za których był obowiązek rozliczenia składek i świadczeń za dany miesiąc.

4. Imienny raport korygujący powinien być oznaczony tym samym numerem (w polu 01 „Identyfikator raportu”), co deklaracja rozliczeniowa korygująca, do której jest dołączony.



PRZYKŁAD 1 Jeżeli w komplecie dokumentów rozliczeniowych oznaczonym numerem **identyfikatora 01** złożyłeś deklarację rozliczeniową oraz imienne raporty miesięczne za 5 ubezpieczonych i chcesz skorygować imienne raporty miesięczne za 2 ubezpieczonych, to w komplecie dokumentów korygujących oznaczonym numerem **identyfikatora 02** składasz deklarację rozliczeniową, w której rozliczasz składki za wszystkich 5 ubezpieczonych, i dołączasz do niej imienne raporty miesięczne korygujące za 2 ubezpieczonych.



PRZYKŁAD 2 Przekazałeś do ZUS komplet dokumentów rozliczeniowych (deklaracja rozliczeniowa + imienne raporty miesięczne) oznaczony numerem **identyfikatora 01**. Po pewnym czasie stwierdziłeś, że błędnie wyliczyłeś składkę na Fundusz Pracy, w związku z czym jesteś zobowiązany przekazać deklarację rozliczeniową korygującą, którą oznaczasz numerem **identyfikatora 02**. Następnie okazało się, że popełniłeś błędy w imiennych raportach miesięcznych, co oznacza, że musisz skorygować imienne raporty miesięczne oraz deklarację rozliczeniową.

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



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



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

Zakład Ubezpieczeń Społecznych może korygować błędy w deklaracji rozliczeniowej i imiennych raportach miesięcznych, które uzna za możliwe do poprawienia we własnym zakresie, przy czym w razie stwierdzenia rozbieżności między kwotą podstawy wymiaru składek i kwotą składek, za prawidłową przyjmuje się podstawę wymiaru składek.

ZUS ewidencjonuje dane na koncie ubezpieczonego i dokonuje rozliczenia na koncie płatnika składek na podstawie skorygowanych przez siebie dokumentów rozliczeniowych.

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

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

Ustawa o emeryturach pomostowych (patrz: Podstawa prawna na końcu poradnika) nałożyła na płatników składek obowiązek prowadzenia m.in. ewidencji pracowników wykonujących pracę w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, za których jest przewidziany obowiązek opłacania składek na Fundusz Emerytur Pomostowych.

Informacje dotyczące pracowników umieszczonych w ewidencji jako płatnik składek masz obowiązek przekazywać do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w zgłoszeniu danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze za dany rok kalendarzowy w terminie **do 31 marca następnego roku kalendarzowego** (na formularzu ZUS ZSWA). Natomiast informacje dotyczące liczby stanowisk pracy w szczególnych warunkach i o szczególnym charakterze płatnicy składek przekazują do ZUS w deklaracji rozliczeniowej (ZUS DRA).

WYJĄTKI

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

W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości dotyczących danych podanych w zgłoszeniu przez:

- płatnika składek we własnym zakresie,
- Zakład Ubezpieczeń Społecznych,
- właściwy organ Państwowej Inspekcji Pracy

obowiązany jesteś przekazać do ZUS korygujące zgłoszenie danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, w formie nowego zgłoszenia zawierającego wszystkie prawidłowe dane. Korygujące zgłoszenie przekazujesz w ciągu **7 dni od dnia stwierdzenia nieprawidłowości** we własnym zakresie lub otrzymania zawiadomienia o stwierdzeniu nieprawidłowości przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub właściwy organ Państwowej Inspekcji Pracy.

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

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

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

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

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

- ubezpieczony zgłasza Ci jako płatnikowi składek, na piśmie lub do protokołu, wniosek o sprostowanie danych przekazanych do ZUS w dokumentach ubezpieczeniowych,

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

ROZDZIAŁ IV

Informacja dla osoby ubezpieczonej

Jako płatnik składek jesteś zobowiązany przekazać ubezpieczonemu (na piśmie lub za zgodą ubezpieczonego – w formie dokumentu elektronicznego) informacje zawarte w raportach imiennych przekazanych za niego do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w celu ich weryfikacji.

Informacje te możesz przekazywać na formularzu **informacja miesięczna dla osoby ubezpieczonej / informacja roczna dla osoby ubezpieczonej** lub w innej formie, jeżeli będzie spełniała wymogi określone w art. 41 ust. 8 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Informacja powinna zawierać także symbol wojewódzkiego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia, datę jej sporządzenia oraz dla potwierdzenia wiarygodności danych Twój podpis jako płatnika składek lub podpis osoby, którą upoważniłeś.

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

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

Zaś *Informacji miesięcznej/rocznej dla osoby ubezpieczonej* nie przekazuje się w przypadku pobierania składek z emerytur i rent¹⁶.

Szczegółowe informacje, jak wypełnić formularz informacja miesięczna, informacja roczna znajdziesz w poradniku [Informacja miesięczna i informacja roczna dla osoby ubezpieczonej. Jak wypełnić i skorygować.](#)

¹⁶ Ustawa z dnia 7 listopada 2014 r. o ułatwieniu wykonywania działalności gospodarczej (Dz.U. z 2014 r. poz. 1662).

ROZDZIAŁ V

Formularze ubezpieczeniowe

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

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

I. DANE ORGANIZACYJNE

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

03. Data nadania (dd / mm / rrrr)

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

04. Nalepka „R”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL²⁾

05. Seria i numer dokumentu

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

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PŁATNIKA SKŁADEK

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ

01. Numer PESEL²⁾

02.

03. Rodzaj dokumentu

(wypełnić jak pole II.04)

04. Seria i numer dokumentu

05. Nazwisko

06. Imię pierwsze

07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

III. DANE IDENTYFIKACYJNE
OSOBY ZGŁASZANEJ
DO UBEZPIECZEŃ

IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ

01. Imię drugie

02. Nazwisko rodowe

03. Obywatelstwo

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

V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA

01. Kod tytułu ubezpieczenia³⁾

VI. DANE O OBOWIĄZKOWYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH

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

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

02. Emerytalnemu

04. Chorobowemu

03. Rentowym

05. Wypadkowemu

VII. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

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

02. Kod oddziału NFZ

VIII. DANE O DOBROWOLNYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH

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

01. Emerytalnym

02. Od dnia (dd / mm / rrrr)

03. Rentowymi

04. Od dnia (dd / mm / rrrr)

05. Chorobowym

06. Od dnia (dd / mm / rrrr)

IX. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

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

02. Kod oddziału NFZ

X. INNE DANE O OSOBE ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ⁴⁾

01. Kod wykonywanego
zawodu

02. Kod pracy w szczególnych
warunkach / w szczególnym charakterze

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

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

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

XI. ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU

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

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

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

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

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

XIV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

--

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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęć płatnika

XV. OŚWIADCZENIE OSOBY ZGŁASZANEJ / ZGŁOSZONEJ DO UBEZPIECZENIA

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

01. Podpis osoby zgłaszanej / zgłoszonej do ubezpieczenia

XVI. ADNOTACJE ZUS

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

²Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.

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

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

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

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

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Data nadania (dd / mm / rrrr)

02. Nalepka „R”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL¹⁾

05. Seria i numer dokumentu

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

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PŁATNIKA SKŁADEK

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Numer PESEL¹⁾

02.

03. Rodzaj dokumentu

(wypełnić jak pole II.04)

04. Seria i numer dokumentu

05. Nazwisko

06. Imię pierwsze

07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

III. DANE
IDENTYFIKACYJNE
OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

 01. Zgłoszenie nowego członka rodziny (wpisać - 1) /
wyrejestrowanie członka rodziny (wpisać - 2)
02. Data uzyskania / utraty uprawnień do ubezpieczenia
zdrowotnego przez członka rodziny (dd / mm / rrrr)03. Numer PESEL¹⁾04. Numer NIP (wpisać bez kresek)²⁾

05. Rodzaj dokumentu

(wypełnić jak pole II.04)

06. Seria i numer dokumentu

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

 10. Kod stopnia pokrewieństwa / powinowactwa
 11. Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie
domowym z osobą ubezpieczoną? Jeśli TAK, wpisać X.
 12. Kod stopnia niepełnosprawności
IV. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ
UPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

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

01. Kod pocztowy

02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu

06. Numer lokalu

07. Numer telefonu

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

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

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

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

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

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

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

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

VI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

VII. OŚWIADCZENIE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęć płatnika

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

01. Podpis osoby ubezpieczonej

VIII. ADNOTACJE ZUS

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

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

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

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

I. DANE ORGANIZACYJNE

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

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

03. Data nadania (dd / mm / rrrr)

04. Nalepka „R”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL²⁾

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

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PŁATNIKA SKŁADEK

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA

01. Numer PESEL²⁾

02.

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

05. Nazwisko

06. Imię pierwsze

07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

III. DANE IDENTYFIKACYJNE
OSOBY ZGŁASZANEJ
DO UBEZPIECZENIA

IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA

01. Imię drugie

02. Nazwisko rodowe

03. Obywatelstwo

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

V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA

01. Kod tytułu
ubezpieczenia³⁾

VI. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

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

02. Kod oddziału NFZ

VII. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

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

02. Kod oddziału NFZ

VIII. ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU

01. Kod pocztowy

02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu

06. Numer lokalu

07. Numer telefonu

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

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

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

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

01. Kod pocztowy 02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu 06. Numer lokalu

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

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

01. Kod pocztowy 02. Miejscowość

03. Ulica

04. Numer domu 05. Numer lokalu

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

09. Adres poczty elektronicznej

XI. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęćka płatnika

XII. OŚWIADCZENIE OSOBY ZGŁASZANEJ / ZGŁOSZONEJ DO UBEZPIECZENIA

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

01. Podpis osoby zgłaszanej / zgłoszonej do ubezpieczenia

XIII. ADNOTACJE ZUS

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

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

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

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

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

I. DANE ORGANIZACYJNE

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

02. Data nadania (dd / mm / rrrr)

03. Nalepka „R”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL¹⁾

05. Seria i numer dokumentu

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

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

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

03. Rodzaj dokumentu

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

05. Nazwisko

06. Imię pierwsze

07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

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

02.

03. Rodzaj dokumentu

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

05. Nazwisko

06. Imię pierwsze

07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

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

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

VI. OŚWIADCZENIE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęć płatnika

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

01. Podpis osoby ubezpieczonej

VII. ADNOTACJE ZUS

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

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

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

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

I. DANE ORGANIZACYJNE

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

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

03. Data nadania (dd / mm / rrrr)

04. Nalepka „R”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL¹⁾

05. Seria i numer dokumentu

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

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PLATNIKA SKŁADEK

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY WYREJESTROWYWANEJ Z UBEZPIECZEŃ

01. Numer PESEL¹⁾

02. Numer NIP (wpisać bez kresek)²⁾

03. Rodzaj dokumentu

(wypełnić jak pole II,04)

04. Seria i numer dokumentu

05. Nazwisko

06. Imię pierwsze

07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

IV. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ

01. Kod tytułu
ubezpieczenia

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

03. Kod przyczyny
wyrejestrowania

V. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu

są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej

za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęćka płatnika

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.

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

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

I. DANE ORGANIZACYJNE

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

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PLATNIKA SKŁADEK

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VII. OŚWIADCZENIE 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

VIII. ADNOTACJE ZUS

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

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

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

I. DANE ORGANIZACYJNE

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

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PLATNIKA SKŁADEK

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

III. DANE EWIDENCYJNE PLATNIKA SKŁADEK

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

IV. DANE O RACHUNKU BANKOWYM PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer rachunku
<input type="checkbox"/> 02. Czy płatnik posiada inne rachunki bankowe? Jeśli TAK, 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	
<input type="checkbox"/> 10. Czy adres prowadzenia działalności gospodarczej jest inny niż adres siedziby płatnika składek? Jeśli TAK, wpisać X i wypełnić formularz ZUS ZAA	

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

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

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

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

I. DANE ORGANIZACYJNE

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

03. Data nadania (dd / mm / rrrr)

04. Nalepka „R”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL²⁾04. Rodzaj dokumentu:
jeśli dowód osobisty, wpisać 1,
jeśli paszport - 2

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PLATNIKA SKŁADEK

III. DANE EWIDENCYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Imię drugie

02. Miejsce urodzenia

03. Obywatelstwo

IV. PODSTAWA DO PROWADZENIA POZAROLNICZEJ DZIAŁALNOŚCI

01. Kod rodzaju
uprawnienia

02. Numer uprawnienia

03. Nazwa organu wydającego uprawnienie

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

V. DANE O RACHUNKU BANKOWYM PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer rachunku

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

VI. ADRES SIEDZIBY PLATNIKA SKŁADEK

01. Kod pocztowy

02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu

06. Numer lokalu

07. Numer telefonu

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

09. Adres poczty elektronicznej

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

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

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

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

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

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

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

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

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

X. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęć płatnika (jeśli posiada)

XI. ADNOTACJE ZUS

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

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

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

I. DANE ORGANIZACYJNE

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

02. Data nadania (dd / mm / rrrr)

03. Nalepka „R”

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

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL¹⁾

05. Seria i numer dokumentu

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

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

III. AKTUALNE DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL¹⁾

05. Seria i numer dokumentu

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

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

IV. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęć płatnika

V. ADNOTACJE ZUS

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

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

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

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. WYREJESTROWANIE PŁATNIKA SKŁADEK
Jeśli TAK, wpisać X.

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

03. Data nadania (dd / mm / rrrr)

04. Nalepka „R”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL¹⁾

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

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PŁATNIKA SKŁADEK

III. DANE O WYREJESTROWANIU PŁATNIKA SKŁADEK

01. Kod przyczyny
wyrejestrowania

02. Data wyrejestrowania (dd / mm / rrrr)

IV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęć płatnika

V. ADNOTACJE ZUS

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

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZBA	INFORMACJA O NUMERACH RACHUNKÓW BANKOWYCH 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)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PŁATNIKA SKŁADEK

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.

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

ZUS ZAA

strona: 1

ADRESY PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ
PRZEZ PLATNIKA SKŁADEK

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Data nadania (dd / mm / rrrr)

02. Nalepka „R”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL ¹⁾

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

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PLATNIKA SKŁADEK

III. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PLATNIKA

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

02. Kod pocztowy

03. Miejscowość

04. Gmina / Dzielnica

05. Ulica

06. Numer domu

07. Numer lokalu

08. Numer telefonu

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

IV. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PLATNIKA

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

02. Kod pocztowy

03. Miejscowość

04. Gmina / Dzielnica

05. Ulica

06. Numer domu

07. Numer lokalu

08. Numer telefonu

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

V. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PLATNIKA

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

02. Kod pocztowy

03. Miejscowość

04. Gmina / Dzielnica

05. Ulica

06. Numer domu

07. Numer lokalu

08. Numer telefonu

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

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

ZUS

ZAA

strona: 2

ADRESY PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ
PRZEZ PŁATNIKA SKŁADEK

VI. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PŁATNIKA

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

02. Kod pocztowy 03. Miejscowość

04. Gmina / Dzielnica

05. Ulica

06. Numer domu 07. Numer lokalu

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

VII. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PŁATNIKA

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

02. Kod pocztowy 03. Miejscowość

04. Gmina / Dzielnica

05. Ulica

06. Numer domu 07. Numer lokalu

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

VIII. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PŁATNIKA

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

02. Kod pocztowy 03. Miejscowość

04. Gmina / Dzielnica

05. Ulica

06. Numer domu 07. Numer lokalu

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

IX. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęćka płatnika

X. ADNOTACJE ZUS

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

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA 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)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek) <input style="width: 100%;" type="text"/>	02. Numer REGON <input style="width: 100%;" type="text"/>
03. Numer PESEL ¹⁾ <input style="width: 100%;" type="text"/>	05. Seria i numer dokumentu <input style="width: 100%;" type="text"/>
04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2 <input style="width: 100%;" type="text"/>	
06. Nazwa skrócona <input style="width: 100%;" type="text"/>	
07. Nazwisko <input style="width: 100%;" type="text"/>	
08. Imię pierwsze <input style="width: 100%;" type="text"/>	09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr) <input style="width: 100%;" type="text"/>

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PŁATNIKA SKŁADEK

III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ 04. Identyfikator

III. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. 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. <input style="width: 100px;" type="text"/> zł, <input style="width: 100px;" type="text"/> gr		05. <input style="width: 100px;" type="text"/> zł, <input style="width: 100px;" type="text"/> gr	06. <input style="width: 100px;" type="text"/> zł, <input style="width: 100px;" type="text"/> gr
SKŁADKA FINANSOWANA PRZEZ:				
ubezpieczonego	07. <input style="width: 100px;" type="text"/> zł, <input style="width: 100px;" type="text"/> gr	08. <input style="width: 100px;" type="text"/> zł, <input style="width: 100px;" type="text"/> gr	09. <input style="width: 100px;" type="text"/> zł, <input style="width: 100px;" type="text"/> gr	10. <input style="width: 100px;" type="text"/> zł, <input style="width: 100px;" type="text"/> gr
płatnika	11. <input style="width: 100px;" type="text"/> zł, <input style="width: 100px;" type="text"/> gr	12. <input style="width: 100px;" type="text"/> zł, <input style="width: 100px;" type="text"/> gr	13. <input style="width: 100px;" type="text"/> zł, <input style="width: 100px;" type="text"/> gr	14. <input style="width: 100px;" type="text"/> zł, <input style="width: 100px;" type="text"/> gr
budżetu państwa	15. <input style="width: 100px;" type="text"/> zł, <input style="width: 100px;" type="text"/> gr	16. <input style="width: 100px;" type="text"/> zł, <input style="width: 100px;" type="text"/> gr	17. <input style="width: 100px;" type="text"/> zł, <input style="width: 100px;" type="text"/> gr	18. <input style="width: 100px;" type="text"/> zł, <input style="width: 100px;" type="text"/> gr
PFRON ²⁾	19. <input style="width: 100px;" type="text"/> zł, <input style="width: 100px;" type="text"/> gr	20. <input style="width: 100px;" type="text"/> zł, <input style="width: 100px;" type="text"/> gr	21. <input style="width: 100px;" type="text"/> zł, <input style="width: 100px;" type="text"/> gr	22. <input style="width: 100px;" type="text"/> zł, <input style="width: 100px;" type="text"/> gr
Fundusz Kościelny	23. <input style="width: 100px;" type="text"/> zł, <input style="width: 100px;" type="text"/> gr	24. <input style="width: 100px;" type="text"/> zł, <input style="width: 100px;" type="text"/> gr	25. <input style="width: 100px;" type="text"/> zł, <input style="width: 100px;" type="text"/> gr	26. <input style="width: 100px;" type="text"/> zł, <input style="width: 100px;" type="text"/> gr

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

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

III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Podstawa wymiaru składek <input style="width: 100px;" type="text"/> zł, <input style="width: 100px;" type="text"/> gr	03. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS <input style="width: 100px;" type="text"/> zł, <input style="width: 100px;" type="text"/> gr
02. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika ³⁾ <input style="width: 100px;" type="text"/> zł, <input style="width: 100px;" type="text"/> gr	05. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny <input style="width: 100px;" type="text"/> zł, <input style="width: 100px;" type="text"/> gr
04. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego <input style="width: 100px;" type="text"/> zł, <input style="width: 100px;" type="text"/> gr	

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

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

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

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

IV A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

IV B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia

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

03. Wymiar czasu pracy

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBY	WYPADKOWE
04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	zł, gr		05. zł, gr	06. zł, gr
SKŁADKA FINANSOWANA PRZEZ:				
ubezpieczonego	07. zł, gr	08. zł, gr	09. zł, gr	10. zł, gr
płatnika	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 ²⁾	19. zł, gr	20. zł, gr	21. zł, gr	22. zł, gr
Fundusz Kościelny	23. zł, gr	24. zł, gr	25. zł, gr	26. zł, gr
27. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego	zł, gr		28. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.26)	zł, gr

IV C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Podstawa wymiaru składki

02. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika³⁾

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

04. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego

05. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny

IV D. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA⁴⁾

01. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego

02. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego

03. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego

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

V. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęćka płatnika

VI. ADNOTACJE ZUS

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

²⁾ Pól nie wypełnia się w dokumentach za okres od stycznia 2008 r., a w razie składania korekt za okres do grudnia 2007 r. może zostać wykazana kwota, nie wyższa od kwoty dofinansowania uwzględnionego w raporcie za ten okres, złożonym nie później niż 30 czerwca 2008 r.

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

⁴⁾ Blok ten należy wypełnić tylko w przypadku składania korekt dokumentów, w których płatnik składek wykazał świadczenia finansowane z budżetu państwa należne za okres do dnia 31 sierpnia 2006 r.

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS RZA	strona: 1	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE
-----------------------------------	----------------	-----------	---

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

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

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PLATNIKA SKŁADEK

III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

III. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia 02. Podstawa wymiaru składki zł, gr
 03. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika ²⁾ zł, gr 04. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS zł, gr
 05. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego zł, gr 06. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny zł, gr

III. DANE DOTYCZĄCE
OSOBY UBEZPIECZONEJ

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 zł, gr
 03. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika ²⁾ zł, gr 04. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS zł, gr
 05. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego zł, gr 06. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny zł, gr

IV. DANE DOTYCZĄCE
OSOBY UBEZPIECZONEJ

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 zł, gr
 03. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika ²⁾ zł, gr 04. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS zł, gr
 05. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego zł, gr 06. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny zł, gr

V. DANE DOTYCZĄCE
OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

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

VI. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

VI. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia		02. Podstawa wymiaru składki	
03. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika ²⁾		04. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS	
05. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego		06. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny	

VI. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

VII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

VII. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia		02. Podstawa wymiaru składki	
03. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika ²⁾		04. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS	
05. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego		06. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny	

VII. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

VIII. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęć płatnika

IX. ADNOTACJE ZUS

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

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

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

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

I. DANE ORGANIZACYJNE01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr) **II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK**

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

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PLATNIKA SKŁADEK**III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ**

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

III. DANE DOTYCZĄCE
OSOBY UBEZPIECZONEJ**III. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOVEJ**

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. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

IV. DANE DOTYCZĄCE
OSOBY UBEZPIECZONEJ**IV. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOVEJ**

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. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

V. DANE DOTYCZĄCE
OSOBY UBEZPIECZONEJ**V. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOVEJ**

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. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

VI. DANE DOTYCZĄCE
OSOBY UBEZPIECZONEJ**VI. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOVEJ**

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 MASZYNE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

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

VII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

**VII. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ /
WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ**

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Kod świadczenia / przerwy

03. Od (dd / mm / rrrr)

04. Do (dd / mm / rrrr)

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kwota

Okres

zi, gr

VIII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

**VIII. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ /
WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ**

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Kod świadczenia / przerwy

03. Od (dd / mm / rrrr)

04. Do (dd / mm / rrrr)

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kwota

Okres

zi, gr

IX. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

**IX. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ /
WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ**

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Kod świadczenia / przerwy

03. Od (dd / mm / rrrr)

04. Do (dd / mm / rrrr)

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kwota

Okres

zi, gr

X. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

**X. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ /
WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ**

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Kod świadczenia / przerwy

03. Od (dd / mm / rrrr)

04. Do (dd / mm / rrrr)

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kwota

Okres

zi, gr

XI. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęćka płatnika

XII. ADNOTACJE ZUS

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

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

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

I. DANE ORGANIZACYJNE		02. Identyfikator deklaracji (numer / mm / rrrr)	05. Znak i numer decyzji pokontrolnej
01. Termin przysyłania deklaracji i raportów	03. Data nadania (dd / mm / rrrr)	04. Nalepka „R”	

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PLATNIKA SKŁADEK

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK		02. Numer REGON	05. Seria i numer dokumentu
01. Numer NIP (wpisać bez kresek)	03. Numer PESEL ¹⁾	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. INNE INFORMACJE		03. Stopa procentowa składek na ubezpieczenie wypadkowe
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
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:	04. ubezpieczonych	05. ubezpieczonych	06. (p. 04 + p. 05)
	07. płatnika	08. płatnika	09. (p. 07 + p. 08)
	10. budżet państwa	11. budżet państwa	12. (p. 10 + p. 11)
	13. PFRON ²⁾	14. PFRON ²⁾	15. (p. 13 + p. 14)
	16. Fundusz Kościelny	17. Fundusz Kościelny	18. (p. 16 + p. 17)

SUMY SKŁADEK	19. Kwota składek na ubezpieczenie chorobowe	20. Kwota składek na ubezpieczenie wypadkowe	21. Suma kwot składek na ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:	22. ubezpieczonych	23. ubezpieczonych	24. (p. 22 + p. 23)
	25. płatnika	26. płatnika	27. (p. 25 + p. 26)
	28. budżet państwa	29. budżet państwa	30. (p. 28 + p. 29)
	31. PFRON ²⁾	32. PFRON ²⁾	33. (p. 31 + p. 32)
	34. Fundusz Kościelny	35. Fundusz Kościelny	36. (p. 34 + p. 35)

37. Kwota składek na ubezpieczenia społeczne, które powinien przekazać płatnik (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)

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

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

VII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

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

VIII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FP I FGŚP

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

IX. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FUNDUSZ EMERYTUR POMOSTOWYCH

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

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

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

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 wypłacaną 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 tym 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.

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 PESEL¹⁾

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

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwisko

07. Imię pierwsze

08. Nazwa skrócona

09. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

III. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Kod NFZ

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

04. Wymiar czasu

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBOWE	WYPADKOWE
05. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	<input type="text"/>	<input type="text"/>	06. <input type="text"/>	07. <input type="text"/>
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:				
ubezpieczonych	08. <input type="text"/>	09. <input type="text"/>	10. <input type="text"/>	11. <input type="text"/>
płatnika	12. <input type="text"/>	13. <input type="text"/>	14. <input type="text"/>	15. <input type="text"/>
budżet państwa	16. <input type="text"/>	17. <input type="text"/>	18. <input type="text"/>	19. <input type="text"/>
PFRON ²⁾	20. <input type="text"/>	21. <input type="text"/>	22. <input type="text"/>	23. <input type="text"/>
Fundusz Kościelny	24. <input type="text"/>	25. <input type="text"/>	26. <input type="text"/>	27. <input type="text"/>
28. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego	<input type="text"/>		29. Łączna kwota składek (suma od p. 08 do p. 27)	<input type="text"/>

III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Podstawa wymiaru składek

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

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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⁾ 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 deklaracji za ten okres złożonej nie później niż do 30 czerwca 2008 r.

ZAKŁAD UBEZPIECZEN SPOŁECZNYCH **INFORMACJA ROCZNA DLA OSOBY UBEZPIECZONEJ**

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)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ 04. Identyfikator

OKRES ROZLICZENIOWY (mm/rrrr)

III. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Kod NFZ

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

04. Wymiar czasu

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBY	WYPADKOWE
05. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	<input type="text"/>	<input type="text"/>	06. <input type="text"/>	07. <input type="text"/>
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:				
ubezpieczonych	08. <input type="text"/>	09. <input type="text"/>	10. <input type="text"/>	11. <input type="text"/>
płatnika	12. <input type="text"/>	13. <input type="text"/>	14. <input type="text"/>	15. <input type="text"/>
budżetu państwa	16. <input type="text"/>	17. <input type="text"/>	18. <input type="text"/>	19. <input type="text"/>
PFRON ²⁾	20. <input type="text"/>	21. <input type="text"/>	22. <input type="text"/>	23. <input type="text"/>
Fundusz Kościelny	24. <input type="text"/>	25. <input type="text"/>	26. <input type="text"/>	27. <input type="text"/>

28. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składki 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 CHOROBEJ 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 składki 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⁾ Płatnik 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.

ROZDZIAŁ VI

Kody wykorzystywane przy wypełnianiu dokumentów ubezpieczeniowych

Stan na kwiecień 2016 r.



WAŻNE

Wykazy kodów obowiązujących przed tą datą są dostępne w archiwum serwisu internetowego www.zus.pl.

I. KOD TYTUŁU UBEZPIECZENIA – składa się z 6 znaków oznaczających:

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

1. Podmiot podstawowy wraz z rozszerzeniem:

- | | |
|--|---|
| <p>01 10 → pracownik podlegający ubezpieczeniu społecznym i ubezpieczeniu zdrowotnemu,</p> <p>01 11 → pracownik podlegający ubezpieczeniu społecznym i z mocy przepisów szczególnych niepodlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu,</p> <p>01 12 → osoba pobierająca świadczenie szkoleniowe wypłacane po ustaniu zatrudnienia,</p> <p>01 13 → pracownik, za którego płatnik składek skorzystał z dofinansowania składek na ubezpieczenia społeczne ze środków budżetu państwa i Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie art. 25 ust. 2, 3 lub 3a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721 z późn. zm.), 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.,</p> <p>01 20 → pracownik młodociany,</p> <p>01 24 → były pracownik mianowany lub były urzędnik służby cywilnej, z którym został rozwiązany stosunek pracy, pobierający świadczenie pieniężne za okres po ustaniu zatrudnienia,</p> <p>01 25 → pracownik podlegający ubezpieczeniem społecznym i ubezpieczeniu zdrowotnemu, opłacający składki na własne ubezpieczenia</p> | <p>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), zwanego dalej rozporządzeniem Rady (WE) nr 987/2009,</p> <p>01 26 → pracownik podlegający ubezpieczeniem społecznym i z mocy przepisów szczególnych niepodlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu, opłacający składki na własne ubezpieczenia w przypadku określonym w art. 109 rozporządzenia Rady (EWG) nr 574/72 albo w art. 21 ust. 2 rozporządzenia Rady (WE) nr 987/2009,</p> <p>02 00 → osoba wykonująca pracę nakładczą,</p> <p>02 13 → osoba wykonująca pracę nakładczą, za którą płatnik składek skorzystał z dofinansowania składek na ubezpieczenia społeczne ze środków budżetu państwa i Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie art. 25 ust. 2, 3 lub 3a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, w brzmieniu obowiązującym do 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.,</p> |
|--|---|

- 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 ubezpieczenie 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, 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 oraz 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, postulant 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 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 optacenia 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 → kombatant, za którego składki na ubezpieczenie zdrowotne ma obowiązek optać 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 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. Ustalane 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. nr 237, poz. 1656), z których:

- w polu pierwszym należy wpisać numer załącznika (1),
- w polu drugim i trzecim należy wpisać numer rodzaju pracy:

- 01 → prace bezpośrednie 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 surowki, stopów żelaza lub metali nieżelaznych,
.....
13 → prace bezpośrednio przy produkcji koksu w bateriach koksowniczych,
.....
14 → prace bezpośrednio przy wypychaniu koksu z baterii koksowniczych, gaszeniu lub sortowaniu koksu,
.....
15 → prace bezpośrednio przy produkcji materiałów formierskich lub izolacyjno-egzotermicznych używanych w odlewnictwie i hutnictwie,
.....
16 → prace bezpośrednio przy ręcznym załadunku lub wyładunku pieców komorowych wyrobami ogniotrwałymi,
.....
17 → prace bezpośrednio przy ręcznym załadunku lub rozładunku gorących wyrobów ceramicznych,
.....
18 → prace bezpośrednio przy formowaniu wyrobów ogniotrwałych wielkogabarytowych przy użyciu ręcznych narzędzi wibracyjnych,
.....
19 → prace przy ręcznym formowaniu, odlewaniu, czyszczeniu lub szklwieniu wyrobów ceramicznych,
.....
20 → prace nurka lub kesoniarza, prace w komorach hiperbarycznych,
.....
21 → prace fizyczne ciężkie bezpośrednio przy 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.),	04 →	prace nawigatorów na statkach morskich oraz pilotów morskich,
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.),	05 →	prace maszynistów 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,
30 →	prace wewnątrz cystern, kotłów, a także zbiorników o bardzo małej kubaturze po substancjach niebezpiecznych,	06 →	prace bezpośrednio przy ustawianiu drogi przebiegu pociągów i pojazdów metra (dyżurny ruchu, nastawnicz, manewrowy, ustawiacz, zwrotnicz, rewident taboru bezpośrednio potwierdzający bezpieczeństwo pociągu, dyspozytor ruchu metra, dyżurny ruchu i stacji metra),
31 →	prace przy ręcznym układaniu na gorąco nawierzchni z mieszanek mineralno-bitumicznych,	07 →	prace funkcjonariuszy straży ochrony kolei,
32 →	prace bezpośrednio przy przetwórstwie materiałów zawierających azbest lub prace rozbiórkowe związane z ich usuwaniem,	08 →	prace kierowców autobusów, trolejbusów oraz motorniczych tramwajów w transporcie publicznym,
33 →	prace garbarskie bezpośrednio przy obróbce mokrych skór,	09 →	prace kierowców pojazdów uprzywilejowanych,
34 →	prace bezpośrednio przy zrywce lub ręcznej ścinie drzew przenośną pilarką z piłą łańcuchową,	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.,
35 →	prace w pomieszczeniach o narzuconej technologii temperaturze powietrza poniżej 0°C,	11 →	prace operatorów reaktorów jądrowych,
36 →	prace fizyczne ciężkie w podziemnych kanałach ściekowych,	12 →	prace operatorów żurawi wieżowych, do obsługi których są wymagane uprawnienia kategorii IŻ lub równorzędne, oraz dźwignic portowych lub stoczniowych,
37 →	prace tancerzy zawodowych związane z bardzo ciężkim wysiłkiem fizycznym,	13 →	prace przy bezpośrednim sterowaniu procesami technologicznymi mogącymi stwarzać zagrożenie wystąpienia poważnej awarii przemysłowej ze skutkami dla bezpieczeństwa publicznego,
38 →	prace przy wywozie nieczystości stałych i płynnych oraz prace na wysypiskach i wylewiskach nieczystości związane z bardzo ciężkim wysiłkiem fizycznym,	14 →	prace przy bezpośrednim sterowaniu procesami technicznymi mogącymi spowodować awarię techniczną z poważnymi skutkami dla bezpieczeństwa publicznego,
39 →	prace przy kuciu ręcznym w kuźniach przemysłowych oraz obsłudze młotów mechanicznych,	15 →	prace bezpośrednio przy produkcji materiałów wybuchowych, środków strzałowych, wyrobów pirotechnicznych oraz ich konfekcjonowaniu,
40 →	prace przy produkcji węglików spiekanych, elektrod, rud i walczków oraz żelazostopów.	16 →	prace bezpośrednio przy sterowaniu blokami energetycznymi wytwarzającymi energię elektryczną lub ciepłą,
IV. KOD PRACY O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE –		17 →	prace elektryków bezpośrednio przy usuwaniu awarii oraz eksploatacji napowietrznych sieci elektroenergetycznych w warunkach prac pod napięciem,
	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,		

- 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 2009 r. Nr 178, poz. 1380 z późn. zm.), 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),
- 22 → prace personelu sprawującego opiekę nad mieszkańcami domów pomocy społecznej dla przewlekle psychicznie chorych, niepełnosprawnych intelektualnie dzieci i młodzieży lub dorosłych, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2013 r. poz. 182 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),
- 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 3 znaków:

- 01R → Dolnośląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia we Wrocławiu,
- 02R → Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Bydgoszczy,
- 03R → Lubelski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Lublinie,
- 04R → Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze,
- 05R → Łódzki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Łodzi,
- 06R → Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie,

- 07R → Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Warszawie,
- 08R → Opolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Opolu,
- 09R → Podkarpacki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Rzeszowie,
- 10R → Podlaski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Białymstoku,
- 11R → Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Gdańsku,
- 12R → Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach,
- 13R → Świętokrzyski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Kielcach,
- 14R → Warmińsko-Mazurski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Olsztynie,
- 15R → Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu,
- 16R → Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Szczecinie.

VI. KOD STOPNIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:

- 0 → osoba nieposiadająca orzeczenia o niepełnosprawności,
- 1 → osoba posiadająca orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności,
- 2 → osoba posiadająca orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,
- 3 → osoba posiadająca orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności,
- 4 → osoba posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności wydawane osobom do 16. roku życia.

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

- 100 → ustanie tytułu do ubezpieczeń / ubezpieczenia,
- 500 → zgon osoby ubezpieczonej,
- 600 → inna przyczyna wyrejestrowania,
- 700 → zawieszenie wykonywania pozarolniczej działalności gospodarczej na podstawie przepisów 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,	214 →	zasitek wyrównawczy z ubezpieczenia wypadkowego,
34 →	decyzja,	215 →	wyrównanie zasiłku wyrównawczego z ubezpieczenia chorobowego,
40 →	uprawnienie inne niż wymienione wyżej.	216 →	wyrównanie zasiłku wyrównawczego z ubezpieczenia wypadkowego;
IX.	KOD PRZYCZYNY WYREJESTROWANIA PŁATNIKA – składa się z 3 znaków:		
111 →	zaprzestanie prowadzenia pozarolniczej działalności,		3. Rodzaj świadczenia i przerwy:
115 →	postanowienie sądu o ukończeniu postępowania upadłościowego,	311 →	zasitek macierzyński z ubezpieczenia chorobowego za okres ustalony jako okres urlopu macierzyńskiego lub urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego,
117 →	zgon płatnika składek,	312 →	zasitek opiekuńczy z ubezpieczenia chorobowego,
210 →	zawieszenie wykonywania pozarolniczej działalności gospodarczej na podstawie przepisów o swobodzie działalności gospodarczej,	313 →	zasitek chorobowy z ubezpieczenia chorobowego,
211 →	wykreślenie z rejestru, ewidencji lub skreślenie z listy,	314 →	zasitek chorobowy z ubezpieczenia wypadkowego,
311 →	decyzja właściwego organu o likwidacji płatnika składek będącego jednostką sektora finansów publicznych,	315 →	wyrównanie zasiłku macierzyńskiego z ubezpieczenia chorobowego za okres ustalony jako okres urlopu macierzyńskiego lub urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego,
350 →	wyrejestrowanie z ubezpieczeń ostatniej osoby, za którą płatnik miał obowiązek składania dokumentów ubezpieczeniowych,	316 →	wyrównanie zasiłku opiekuńczego z ubezpieczenia chorobowego,
600 →	inna przyczyna wyrejestrowania.	317 →	wyrównanie zasiłku chorobowego z ubezpieczenia chorobowego,
X.	TYP IDENTYFIKATORA:	318 →	wyrównanie zasiłku chorobowego z ubezpieczenia wypadkowego,
P →	PESEL,	319 →	zasitek macierzyński z ubezpieczenia chorobowego za okres ustalony jako okres urlopu rodzicielskiego,
N →	NIP,	320 →	wyrównanie zasiłku macierzyńskiego z ubezpieczenia chorobowego za okres ustalony jako okres urlopu rodzicielskiego,
R →	REGON,	321 →	świadczenie rehabilitacyjne z ubezpieczenia chorobowego,
1 →	dowód osobisty,	322 →	świadczenie rehabilitacyjne z ubezpieczenia wypadkowego,
2 →	paszport lub inny dokument potwierdzający tożsamość obywatela UE.	323 →	wyrównanie świadczenia rehabilitacyjnego z ubezpieczenia chorobowego,
XI.	KOD ŚWIADCZENIA / PRZERWY – składa się z 3 znaków:	324 →	wyrównanie świadczenia rehabilitacyjnego z ubezpieczenia wypadkowego,
	1. Przerwa w opłaceniu składek:	325 →	zasitek macierzyński z ubezpieczenia chorobowego za okres ustalony jako okres dodatkowego urlopu macierzyńskiego lub dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego,
111 →	urlop bezpłatny,	326 →	wyrównanie zasiłku macierzyńskiego z ubezpieczenia chorobowego za okres ustalony jako okres dodatkowego urlopu macierzyńskiego lub dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego,
121 →	urlop wychowawczy udzielony na podstawie art. 186 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeksu pracy (Dz.U. z 2014 r. poz. 1502 i 1662),	327 →	zasitek macierzyński z ubezpieczenia chorobowego za okres ustalony jako okres urlopu ojcowskiego,
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 →	zasitek wyrównawczy z ubezpieczenia chorobowego,		

- 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 płatników składek zobowiązanych do sporządzenia i przekazania dokumentów rozliczeniowych za osobę sprawującą opiekę nad dziećmi na podstawie umowy uaktywniającej w rozumieniu ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3:

- 40 → dla pierwszorazowych dokumentów rozliczeniowych składanych za dany miesiąc,
- 41-49 → włącznie – dla dokumentów rozliczeniowych korygujących składanych do dokumentu oznaczonego numerem 40;
- 4) w przypadku ZUS za emerytów i rencistów oraz osoby pobierające zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne:
- 51 → dla deklaracji rozliczeniowej i imiennego raportu miesięcznego,
- 52-89 → włącznie – dla deklaracji rozliczeniowej korygującej i imiennego raportu miesięcznego korygującego;
- 5) w przypadku sędziów, prokuratorów, żołnierzy lub funkcjonariuszy, za których powstał obowiązek opłacania składek na ubezpieczenia społeczne:
- 70 → dla deklaracji rozliczeniowej i imiennego raportu miesięcznego,
- 71-79 → włącznie – dla deklaracji rozliczeniowej korygującej i imiennego raportu miesięcznego korygującego;
- 6) w przypadku deklaracji rozliczeniowej i imiennego raportu miesięcznego za dany miesiąc kalendarzowy, składanych przez syndyka upadłości za okres od dnia ogłoszenia upadłości:
- 80 → dla deklaracji rozliczeniowej i imiennego raportu miesięcznego,
- 81-89 → włącznie – dla deklaracji rozliczeniowej korygującej i imiennego raportu miesięcznego korygującego;
- 7) w przypadku płatników składek opłacających składki wyłącznie na własne ubezpieczenia, składających za dany miesiąc więcej niż jedną deklarację rozliczeniową z różnymi kodami tytułu ubezpieczenia:
- 01 → dla pierwszej deklaracji rozliczeniowej składanej za dany miesiąc,
- 02-39 → włącznie – dla deklaracji rozliczeniowej korygującej składanej do deklaracji oznaczonej numerem 01,
- 40 → dla drugiej deklaracji rozliczeniowej składanej za dany miesiąc,
- 41-49 → włącznie – dla deklaracji rozliczeniowej korygującej składanej do deklaracji oznaczonej numerem 40,
- 51 → dla trzeciej deklaracji rozliczeniowej składanej za dany miesiąc,
- 52-69 → włącznie – dla deklaracji rozliczeniowej korygującej składanej do deklaracji oznaczonej numerem 51.

1. Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2015 r. poz. 121 z późn. zm.).
2. Rozporządzenie 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 2016 r. poz. 222).
3. Ustawa z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych (Dz.U. z 2015 r. poz. 965 z późn. zm.).
4. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2015 r. poz. 581 z późn. zm.).
5. Ustawa z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 (Dz.U. z 2016 r. poz. 157).
6. Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2015 r. poz. 149 z późn. zm.).
7. Ustawa z dnia 13 lipca 2006 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy (Dz.U. z 2014 r. poz. 272 z późn. zm.).



ul. Szamocka 3, 5
01-748 Warszawa

- Platforma Usług Elektronicznych: pue.zus.pl
- Centrum Obsługi Telefonicznej ZUS:
 - **22 560 16 00*** dla tel. komórkowych i stacjonarnych
 - * koszt połączenia według umowy klienta z operatorem telekomunikacyjnym
 - Skype: [zus_centrum_obslugi_tel](https://www.skype.com/join/zus_centrum_obslugi_tel)
 - e-mail: cot@zus.pl

www.zus.pl