

PLATNIK WYPELNI 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		04. Nalepka „R”					
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)							
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		02. Wniosek pracodawcy o dofinansowanie składek za osoby niepełnosprawne ze środków PFRON i budżetu państwa ²⁾		03. Stopa procentowa składek na ubezpieczenie wypadkowe			
01. Liczba ubezpieczonych				%			
IV. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE ORAZ ŹRÓDEŁ FINANSOWANIA							
SUMY SKŁADEK	01. Kwota składek na ubezpieczenie emerytalne		02. Kwota składek na ubezpieczenia rentowe		03. (p. 01 + p. 02) Suma kwot składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe		
	zi, gr		zi, gr		zi, gr		
	SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:	04. ubezpieczonych		05. ubezpieczonych		06. (p. 04 + p. 05)	
		zi, gr		zi, gr		zi, gr	
		07. płatnika składek		08. płatnika składek		09. (p. 07 + p. 08)	
		zi, gr		zi, gr		zi, gr	
10. budżet państwa		11. budżet państwa		12. (p. 10 + p. 11)			
zi, gr		zi, gr		zi, gr			
13. PFRON ²⁾		14. PFRON ²⁾		15. (p. 13 + p. 14)			
zi, gr		zi, gr		zi, gr			
16. Fundusz Kościelny		17. Fundusz Kościelny		18. (p. 16 + p. 17)			
zi, gr		zi, gr		zi, gr			
SUMY SKŁADEK	19. Kwota składek na ubezpieczenie chorobowe		20. Kwota składek na ubezpieczenie wypadkowe		21. (p. 19 + p. 20) Suma kwot składek na ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe		
	zi, gr		zi, gr		zi, gr		
	SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:	22. ubezpieczonych		23. ubezpieczonych		24. (p. 22 + p. 23)	
		zi, gr		zi, gr		zi, gr	
		25. płatnika składek		26. płatnika składek		27. (p. 25 + p. 26)	
		zi, gr		zi, gr		zi, gr	
28. budżet państwa		29. budżet państwa		30. (p. 28 + p. 29)			
zi, gr		zi, gr		zi, gr			
31. PFRON ²⁾		32. PFRON ²⁾		33. (p. 31 + p. 32)			
zi, gr		zi, gr		zi, gr			
34. Fundusz Kościelny		35. Fundusz Kościelny		36. (p. 34 + p. 35)			
zi, gr		zi, gr		zi, gr			
37. Kwota składek na ubezpieczenia społeczne, które powinien przekazać płatnik składek (p. 06 + p. 09 + p. 24 + p. 27)					zi, gr		
V. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ PODLEGAJĄCYCH ROZLICZENIU W CIĘŻAR SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE							
01. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego		zi, gr		03. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego		zi, gr	
02. Kwota wynagrodzenia należnego płatnikowi składek od wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego		zi, gr		04. Kwota wypłaconych świadczeń finansowanych z FUS ³⁾		zi, gr	
05. Łączna kwota do potrącenia (p. 01 + p. 02 + p. 03 + p. 04)					zi, gr		

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS	DRA	strona: 2	DEKLARACJA ROZLICZENIOWA
VI. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE				
01. Kwota należnych składek finansowana przez płatnika składek ⁴⁾	<input type="text"/>		zł	gr <input type="text"/>
02. Kwota należnych składek finansowana przez ubezpieczonych	<input type="text"/>		zł	gr <input type="text"/>
03. Kwota należnych składek finansowana przez Fundusz Kościelny	<input type="text"/>		zł	gr <input type="text"/>
04. Kwota należnych składek finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS	<input type="text"/>		zł	gr <input type="text"/>
05. Kwota należnych składek do przekazania przez płatnika składek (p. 01 + p. 02)	<input type="text"/>		zł	gr <input type="text"/>
06. Kwota należnego wynagrodzenia dla płatnika składek ⁵⁾	<input type="text"/>		zł	gr <input type="text"/>
07. Kwota do zapłaty (p. 05 – p. 06)				<input type="text"/>
VII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FP I SFWON ORAZ FGŚP				
01. Kwota należnych składek na Fundusz Pracy i Solidarnościowy Fundusz Wsparcia Osób Niepełnosprawnych ⁶⁾	<input type="text"/>		zł	gr <input type="text"/>
02. Kwota należnych składek na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych	<input type="text"/>		zł	gr <input type="text"/>
03. Kwota do zapłaty (p. 01 + p. 02)				<input type="text"/>
VIII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FUNDUSZ EMERYTUR POMOSTOWYCH				
01. Liczba pracowników, za których jest opłacana składka na Fundusz Emerytur Pomostowych	<input type="text"/>			
02. Liczba stanowisk pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze	<input type="text"/>			
03. Suma należnych składek na Fundusz Emerytur Pomostowych				<input type="text"/>
IX. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK DO ZWROTU / ZAPŁATY (p.IV.37 + p.VI.07 + p.VII.03 + p.VIII.03 - p.V.05)				
01. Kwota do zwrotu przez ZUS ⁷⁾	<input type="text"/>		zł	gr <input type="text"/>
02. Kwota do zapłaty				<input type="text"/>
X. DEKLARACJA DOCHODU (wypełniają osoby, które opłacają składki wyłącznie za siebie)				
01. Kod tytułu ubezpieczenia	<input type="text"/>			
02. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe	<input type="text"/>		zł	gr <input type="text"/>
03. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe	<input type="text"/>		zł	gr <input type="text"/>
04. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie wypadkowe	<input type="text"/>		zł	gr <input type="text"/>
05. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne	<input type="text"/>		zł	gr <input type="text"/>
06. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe				<input type="checkbox"/>
XI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK				
01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)	<input type="text"/>			
Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.				
02. Podpis płatnika składek lub osoby upoważnionej			03. Pieczęć płatnika składek	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	
Pouczenie: W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. IX.02 lub wpłacania jej w niepełnej wysokości, niniejsza deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz. U. z 2019 r. poz. 1438, z późn. zm.)				
XII. ADNOTACJE ZUS				

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

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

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

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

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

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

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