

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH		INFORMACJA ROCZNA DLA OSOBY UBEZPIECZONEJ			
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK	<b>I. DANE ORGANIZACYJNE</b>				
	01. Identyfikator raportu (numer/rrrr)				
	<b>II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK</b>				
	01. Numer NIP		02. Numer REGON		
	03. Numer PESEL <sup>1)</sup>		04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2		05. Seria i numer dokumentu
	06. Nazwisko				
	07. Imię pierwsze			09. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)	
	08. Nazwa skrócona				
	<b>III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>				
	01. Nazwisko				
02. Imię pierwsze			03. Typ	04. Identyfikator	
<b>OKRES ROZLICZENIOWY</b> (mm/rrrr)					
<b>III. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE</b>					
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	
PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	05. zł, gr	06. zł, gr	07. zł, gr		
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:					
ubezpieczonych	08. zł, gr	09. zł, gr	10. zł, gr	11. zł, gr	
płatnika składek	12. zł, gr	13. zł, gr	14. zł, gr	15. zł, gr	
budżet państwa	16. zł, gr	17. zł, gr	18. zł, gr	19. zł, gr	
PFRON <sup>2)</sup>	20. zł, gr	21. zł, gr	22. zł, gr	23. zł, gr	
Fundusz Kościelny	24. zł, gr	25. zł, gr	26. zł, gr	27. zł, gr	
28. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składki w ramach pracowniczego programu emerytalnego zł, gr					
29. Kwota wpłaty w ramach pracowniczego planu kapitałowego finansowana przez płatnika składek zł, gr			30. Łączna kwota składek (suma od p. 08 do p. 27) zł, gr		
<b>III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE</b>					
01. Podstawa wymiaru składki zł, gr		04. Kwota należnej składki finansowanej z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS zł, gr			
02. Kwota należnej składki finansowanej przez płatnika składek <sup>3)</sup> zł, gr		05. Kwota należnej składki finansowanej przez Fundusz Kościelny zł, gr			
03. Kwota należnej składki finansowanej przez ubezpieczonego zł, gr					
<b>III. D. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ I WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBEJ ORAZ RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK</b>					
01. Kod świadczenia / przerwy	02. Okres od-do (dd/mm/rrrr)	04. Kwota zł, gr			
03. Liczba dni zasiłkowych / wypłat					

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

**III. E. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, ALE NALEŻNEGO ZA INNY ROK KALENDARZOWY, KTÓRY STANOWIŁ PODSTAWĘ WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE**

01. Przychód za rok 	02. Kwota 
03. Przychód za rok 	04. Kwota 
05. Przychód za rok 	06. Kwota 

**III. F. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, ALE NALEŻNEGO ZA INNY ROK KALENDARZOWY, KTÓRY STANOWIŁ PODSTAWĘ WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE WYPADKOWE**

01. Przychód za rok 	02. Kwota 
03. Przychód za rok 	04. Kwota 
05. Przychód za rok 	06. Kwota 

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

01. Kwota

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

01. Przychód za rok 	02. Kwota 
03. Przychód za rok 	04. Kwota 
05. Przychód za rok 	06. Kwota 

**III. I. OKRESY WYKONYWANIA PRACY NAUCZYCIELSKIEJ<sup>4)</sup>**

01. Okres od (dd / mm / rrrr) 	02. Okres do (dd / mm / rrrr) 	03. Wymiar zajęć 
04. Okres od (dd / mm / rrrr) 	05. Okres do (dd / mm / rrrr) 	06. Wymiar zajęć 

**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 składek

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

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

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

<sup>4)</sup> Okres wykonywania pracy nauczycielskiej w placówkach, o których mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 22 maja 2009 r. o nauczycielskich świadczeniach kompensacyjnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 128).

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ