

Załączniki do rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 grudnia 2019 r. (poz. 81)

Załącznik nr 1

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE 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 PLATNIKA 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"/>	04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2 <input style="width: 100%;" type="text"/>
05. Seria i numer dokumentu <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"/>	

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: 100%;" type="text"/>	05. <input style="width: 100%;" type="text"/>	06. <input style="width: 100%;" type="text"/>	
SKŁADKA FINANSOWANA PRZEZ:				
ubezpieczonego	07. <input style="width: 100%;" type="text"/>	08. <input style="width: 100%;" type="text"/>	09. <input style="width: 100%;" type="text"/>	10. <input style="width: 100%;" type="text"/>
płatnika składek	11. <input style="width: 100%;" type="text"/>	12. <input style="width: 100%;" type="text"/>	13. <input style="width: 100%;" type="text"/>	14. <input style="width: 100%;" type="text"/>
budżet państwa	15. <input style="width: 100%;" type="text"/>	16. <input style="width: 100%;" type="text"/>	17. <input style="width: 100%;" type="text"/>	18. <input style="width: 100%;" type="text"/>
PFRON ²⁾	19. <input style="width: 100%;" type="text"/>	20. <input style="width: 100%;" type="text"/>	21. <input style="width: 100%;" type="text"/>	22. <input style="width: 100%;" type="text"/>
Fundusz Kościelny	23. <input style="width: 100%;" type="text"/>	24. <input style="width: 100%;" type="text"/>	25. <input style="width: 100%;" type="text"/>	26. <input style="width: 100%;" type="text"/>
27. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składki w ramach pracowniczego programu emerytalnego	<input style="width: 100%;" type="text"/>			
28. Kwota wpłaty w ramach pracowniczego planu kapitałowego finansowana przez płatnika składek	<input style="width: 100%;" type="text"/>		29. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.26)	<input style="width: 100%;" type="text"/>

III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

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

III. D. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA⁴⁾

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

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

PLATNIK WYPELNIŁA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE 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	_____ zł, _____ gr	_____ zł, _____ gr	_____ zł, _____ gr
05. SKŁADKA FINANSOWANA PRZEZ:				
ubezpieczonego	07. _____ zł, _____ gr	08. _____ zł, _____ gr	09. _____ zł, _____ gr	10. _____ zł, _____ gr
płatnika składek	11. _____ zł, _____ gr	12. _____ zł, _____ gr	13. _____ zł, _____ gr	14. _____ zł, _____ gr
budżetu 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 składki w ramach pracowniczego programu emerytalnego	_____ zł, _____ gr			
28. Kwota wpłaty w ramach pracowniczego planu kapitałowego finansowana przez płatnika składek	_____ zł, _____ gr		29. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.26)	_____ zł, _____ gr

IV. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

IV. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Podstawa wymiaru składki _____ zł, _____ gr

02. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika składek³⁾ _____ zł, _____ gr

03. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS _____ zł, _____ gr

04. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego _____ zł, _____ gr

05. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny _____ zł, _____ gr

IV. D. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA⁴⁾

01. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego _____ zł, _____ gr

02. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego _____ zł, _____ gr

03. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego _____ zł, _____ gr

04. Łączna kwota wypłaconych zasiłków (p.01 + p.02 + p.03) _____ zł, _____ gr

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 składek lub osoby upoważnionej	03. Pieczęć płatnika składek
--	------------------------------

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 w dniu 30 czerwca 2008 r.
³⁾ W tym polu należy także wykazać kwotę składki finansowaną z budżetu państwa, jeśli dotację otrzymuje płatnik składek.
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.