

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

	Zasady składania dokumentów ubezpieczeniowych	6
1.	FORMULARZE UBEZPIECZENIOWE – RODZAJE I STRUKTURA	6
2.	FORMA PRZEKAZYWANIA DOKUMENTÓW UBEZPIECZENIOWYCH DO ZUS	7
3.	DOKUMENTY ZGŁOSZENIOWE	8
3.1.	Zgłoszenie płatnika	8
3.1.1.	Zgłoszenie płatnika składek, który jest przedsiębiorcą	8
3.1.2.	Zgłoszenie płatnika, który rejestruje się w Krajowym Rejestrze Sądowym	9
3.1.3.	Zgłoszenie rodzica jako płatnika składek zgłaszającego nianię	10
3.1.4.	Zgłoszenia płatników składek w sytuacjach szczególnych	11
3.2.	Zgłoszenie do ubezpieczeń	11
3.3.	Wyrejestrowanie z ubezpieczeń	13
3.4.	Wyrejestrowanie płatnika składek	13
4.	ZASADY PODAWANIA WŁAŚCIWEGO ZESTAWU DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH PŁATNIKA SKŁADEK	14
4.1.	Płatnicy składek o strukturze wielooddziałowej	15
4.2.	Współmałżonkowie prowadzący pozarolniczą działalność gospodarczą	16
4.3.	Spółki cywilne	16
4.4.	Osoby fizyczne prowadzące kilka rodzajów działalności gospodarczej	17
4.5.	Wspólnik jednoosobowej spółki z ograniczoną odpowiedzialnością oraz wspólnicy spółki jawnej, komandytowej lub partnerskiej	17
4.6.	Posłowie i senatorowie prowadzący działalność gospodarczą	17
4.7.	Podmiot zagraniczny pełniący rolę płatnika składek	18
5.	DOKUMENTY ROZLICZENIOWE	19
5.1.	Zwolnienie z obowiązku przekazywania dokumentów rozliczeniowych	20
5.2.	Rozpoczynasz/ wznawiasz/ wykreślasz/ zawieszasz prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej	22
5.3.	Terminy składania dokumentów rozliczeniowych	22

ROZDZIAŁ II

	Zasady rozliczania i opłacania składek	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

	Korygowanie dokumentów ubezpieczeniowych	27
1.	DOKUMENTY ZGŁOSZENIOWE	27
1.1.	Dokumenty zgłoszeniowe płatnika składek	27
1.2.	Dokumenty zgłoszeniowe osoby ubezpieczonej	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		
	Informacja dla osoby ubezpieczonej	33
ROZDZIAŁ V		
	Formularze ubezpieczeniowe	35
ROZDZIAŁ VI		
	Kody wykorzystywane przy wypełnianiu dokumentów ubezpieczeniowych	73
	Dwuznakowe symbole literowe państw	83
	Podstawa prawna	84

Jako płatnik składek zgodnie z przepisami ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych jesteś zobowiązany do składania prawidłowo wypełnionych dokumentów ubezpieczeniowych. Są one zapisywane na Twoim koncie płatnika składek i na kontach osób ubezpieczonych, które zgłosiłeś do ubezpieczeń. Zobowiązany jesteś także do zgłaszania wszelkich zmian w danych wykazywanych w dokumentach ubezpieczeniowych przekazanych do nas oraz korygowania błędnych danych zawartych w tych dokumentach.

Poradnik podzieliliśmy na rozdziały tak, abyś łatwo mógł znaleźć informacje potrzebne przy wypełnianiu obowiązków z tytułu bycia płatnikiem składek, który płaci je zarówno na swoje ubezpieczenia, jak i ubezpieczenia osób, które zatrudnia:

- ➔ w **rozdziale pierwszym** zawarliśmy podstawowe zasady składania dokumentów ubezpieczeniowych,
- ➔ **rozdział drugi** przedstawia zasady 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 płatnika składek	
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 opłacie składek
ZUS DRA	deklaracja rozliczeniowa
Informacja dla ubezpieczonego	
	informacja miesięczna dla osoby ubezpieczonej
	informacja roczna dla osoby ubezpieczonej

Zgłaszasz na nich siebie jako płatnika składek oraz osoby, które zatrudniasz, do ubezpieczeń społecznych lub ubezpieczenia zdrowotnego oraz rozliczasz w nich składki na te ubezpieczenia.

Poniżej przedstawiliśmy strukturę formularza ZUS.

The diagram illustrates the structure of the ZUS form, divided into two main blocks (BLOK I and BLOK II) and several fields (POLE). The form is titled 'ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH ZUS' and 'ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ'. It includes sections for 'I. DANE ORGANIZACYJNE' (01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ, 02. ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ, 03. Data nadania) and 'II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK' (01. Numer NIP, 02. Numer REGON, 03. Numer PESEL, 04. Imię i nazwisko, 05. Imię i nazwisko dokumentu, 06. Imię i nazwisko osoby, 07. Imię i nazwisko, 08. Imię pierwsze, 09. Data urodzenia). The form is filled with pink and black text, and the fields are marked with 'POLE'.

Szczegółowe zasady wypełniania i korygowania 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 go do nas przekazać.

Prawidłowy sposób wypełnienia formularzy 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 niezbędne dokumenty oraz korekty tych dokumentów. Dokumenty te przekazujesz w formie, która Cię obowiązuje, czyli:

- ➔ jeśli rozliczasz składki za nie więcej niż 5 osób – w wybranej formie, tzn. elektronicznie, przy wykorzystaniu aplikacji ePłatnik udostępnionej na Platformie Usług Elektronicznych bądź z programu Płatnik lub innego oprogramowania interfejsowego, albo w formie papierowej;
- ➔ jeśli rozliczasz składki za więcej niż 5 osób – w formie dokumentu elektronicznego przy wykorzystaniu aplikacji ePłatnik udostępnionej na Platformie Usług Elektronicznych bądź z programu Płatnik lub innego oprogramowania interfejsowego.

Jeśli chcesz korzystać z oprogramowania interfejsowego, to musi być ono zgodne z naszymi wymaganiami i potwierdzone w sposób określony przepisami³.

Z formy papierowej albo wydruku z oprogramowania interfejsowego możesz skorzystać, jeśli rozliczasz składki za nie więcej niż 5 osób. W uzasadnionych przypadkach, na Twój wniosek złożony w naszej placówce, możesz zostać upoważniony jako płatnik składek rozliczający składki za więcej niż 5 osób do przekazywania dokumentów w formie dokumentu pisemnego według ustalonego

² Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych z dnia 13 października 1998 r. (Dz.U. z 2017 r. poz. 1778, z późn. zm.).

³ Art. 21 i 22 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz.U. z 2017 r. poz. 570).

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

**WAŻNE**

- Płatnicy składek, którzy składają 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 drukowanymi literami, czarnym lub niebieskim kolorem.

3. DOKUMENTY ZGŁOSZENIOWE

3.1. ZGŁOSZENIE PŁATNIKA

Zgłoszeniem płatnika składek jest dokument ZUS ZPA lub ZUS ZFA, który powinien być przekazany do placówki ZUS, w **ciągu 7 dni** od:

- daty zatrudnienia pierwszego pracownika lub powstania stosunku prawnego, który uzasadnia objęcie ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi pierwszej osoby,
- daty rozpoczęcia działalności dla ubezpieczonych, którzy opłacają składki wyłącznie na własne ubezpieczenia albo składki na ubezpieczenia osób z nimi współpracujących.

**WAŻNE**

Na takich samych zasadach zgłasza się płatników, którzy są zobowiązani do rozliczania i opłacania składek za osoby objęte wyłącznie ubezpieczeniem zdrowotnym.

Szczegółowe zasady 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](#) (PDF, 9425 KB) oraz [ZUS ZFA. Zgłoszenie/zmiana danych płatnika składek – osoby fizycznej. Jak wypełnić i skorygować](#) (PDF, 8154 KB).

3.1.1. Zgłoszenie płatnika składek, który jest przedsiębiorcą

Jeśli jesteś osobą fizyczną, która rozpoczyna prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej, zgłaszasz siebie jako płatnika składek w formie wniosku o wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG), składanego w organie ewidencyjnym⁴. Wniosek CEIDG-1 składasz elektronicznie lub osobiście w urzędzie gminy lub miasta albo wysyłasz listem poleconym.

Wniosek o wpis do CEIDG 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 przesyła niezwłocznie, nie później niż w ciągu 3 dni od dnia dokonania wpisu, do nas dane z wniosku wraz z kopią zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej.

⁴ Art. 14 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz.U. z 2018 r. poz. 646).

Jeżeli składasz wniosek o wpis do CEIDG i nie masz nadanego numeru NIP, organ ewidencyjny prześle do nas Twoje zgłoszenie jako płatnika składek po otrzymaniu od właściwego naczelnika urzędu skarbowego nadanego Ci numeru NIP i uzupełnieniu wniosku o ten numer.

Na podstawie danych przekazanych z CEIDG sporządzimy za Ciebie dokumenty zgłoszeniowe płatnika składek:

- ➔ zgłoszenie płatnika składek – na formularzu ZUS ZFA,
- ➔ informację o Twoich rachunkach bankowych jako płatnika składek – na formularzu ZUS ZBA,
- ➔ informację dotyczącą adresów prowadzenia przez Ciebie działalności gospodarczej – na formularzu ZUS ZAA.

Nie musisz ich zatem sam sporządzać ani przekazywać do ZUS.



WAŻNE

Od 30 kwietnia 2018 r. możesz skorzystać z tzw. ulgi na start, gdy zarejestrujesz swoją firmę w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG). Ulga ta polega na tym, że jako przedsiębiorca nie będziesz objęty obowiązkowymi ubezpieczeniami społecznymi przez 6 miesięcy. Miesiące te liczymy od dnia, w którym rozpoczniesz działalność gospodarczą. Musisz jednak – od momentu rozpoczęcia prowadzenia działalności – zgłosić się do ubezpieczenia zdrowotnego i opłacać składkę na to ubezpieczenie.

Aby skorzystać z ulgi na start, musisz spełnić łącznie następujące warunki:

- ➔ rozpocząć działalność gospodarczą po raz pierwszy, albo podjąć ją ponownie po 60 miesiącach od jej ostatniego zawieszenia lub zakończenia,
- ➔ nie prowadzić działalności dla byłego pracodawcy, na rzecz którego przed jej rozpoczęciem (w obecnym lub poprzednim roku kalendarzowym) wykonywałeś czynności, które teraz wchodzą w zakres Twojej działalności.

Jeśli prowadzisz tzw. działalność nierejestrową (czyli taką, która nie musi być rejestracji w CEIDG), nie jesteś objęty żadnymi ubezpieczeniami – społecznymi ani zdrowotnym.

3.1.2. Zgłoszenie płatnika, który rejestruje się w Krajowym Rejestrze Sądowym

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 wpisaniu Cię do KRS Twoje dane są automatycznie przekazywane z tego rejestru do Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) i Centralnego Rejestru Podmiotów – Krajowej Ewidencji Podatników (CRP KEP), nadawany jest także identyfikator podatkowy NIP oraz numer identyfikacyjny REGON.

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

Wniosek o wpis do KRS zawiera „dane podstawowe”. Są to dane o Twojej firmie wpisane do KRS. Na podstawie wpisu będą one automatycznie przekazywane do CRP KEP. Za jego pośrednictwem trafią również do Centralnego Rejestru Płatników Składek prowadzonego przez ZUS.

Po wpisaniu Cię do KRS masz obowiązek **w ciągu 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 nas, 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 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, które podlegają wpisowi do rejestru przedsiębiorców na zasadach określonych dla spółek osobowych – dane poszczególnych wspólników, w tym ich numer NIP.

Wniosek NIP-8 składasz we właściwym miejscowo US. Dane z wniosku NIP-8 zostaną automatycznie przekazane do nas.



WAŻNE 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, którą będziesz się jako płatnik posługiwał w kontaktach z ZUS.

„Dane podstawowe” (KRS) oraz „dane uzupełniające” (US) stanowią komplet danych, na podstawie których **utworzymy Ci konto płatnika składek**. Służy ono do rozliczania składek na poszczególne ubezpieczenia za Ciebie oraz wszystkich ubezpieczonych, których zgłosisz do ubezpieczeń. Na podstawie otrzymanych danych **sporządzimy 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 Sporządzimy dokumenty zgłoszeniowe pod warunkiem, że poprawnie i dokładnie wypełnisz wniosek w KRS, a następnie w US wniosek NIP-8 w ciągu 7 dni od daty rejestracji w KRS. W przypadku gdy wniosek NIP-8, będzie zawierał niepełne bądź błędne dane, przeprowadzimy postępowanie wyjaśniające w Twojej sprawie.

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. Jeśli musisz zmienić dane identyfikacyjne lub zrobić ich korektę, składasz formularz ZUS ZIPA.

3.1.3. Zgłoszenie rodzica jako płatnika składek zgłaszającego nianię

Jako rodzic, który zatrudnia nianię, zobowiązany jesteś do zgłoszenia się **jako płatnik składek** w naszej placówce lub przestania pocztą zgłoszenia płatnika składek **w ciągu 7 dni** od daty podpisania umowy uaktywniającej z osobą sprawującą opiekę nad dzieckiem do lat 3.

Zgłoszenia dokonujesz na formularzu ZUS ZFA. W bloku II „Dane identyfikacyjne płatnika składek” podajesz swoje identyfikatory, tj. NIP, PESEL oraz imię i nazwisko, datę urodzenia, z pominięciem nazwy skróconej. Pozostałe bloki, oprócz 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.

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).

3.1.4. Zgłoszenia płatników składek w sytuacjach szczególnych

Wyjątkowe uregulowania dotyczą:

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



WAŻNE

Możemy żądać od płatnika składek ponownego złożenia zgłoszenia płatnika składek, jeżeli nie zostało ono zidentyfikowane w naszym systemie informatycznym.

Do dokumentu zgłoszenia płatnika składek – osoby prawnej lub jednostki organizacyjnej nieposiadającej osobowości prawnej (ZUS ZPA) oraz osoby fizycznej (ZUS ZFA) należy dołączyć informację o numerach rachunków bankowych płatnika składek (ZUS ZBA), jeżeli jako płatnik posiadasz więcej niż jeden rachunek bankowy, a także adresy prowadzenia działalności gospodarczej (ZUS ZAA), jeżeli prowadzisz działalność pod adresem (adresami) innym niż adres siedziby.

Jeśli jesteś osobą fizyczną, która jest wpisana do CEIDG, i masz 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, koniecznie 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 lub ubezpieczeniem zdrowotnym musi zgłosić się do ubezpieczeń. Dlatego też jako płatnik składek masz obowiązek zgłosić **siebie** (jako osobę ubezpieczoną) oraz **pozostałe osoby (pracowników, zleceniobiorców, osoby z Tobą współpracujące)** w ZUS do odpowiednich ubezpieczeń **w ciągu 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczeń**, tj.:

- ➔ od dnia rozpoczęcia prowadzenia działalności gospodarczej – siebie,
- ➔ od dnia rozpoczęcia współpracy – osoby z Tobą 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 zgłaszasz osobę do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego lub tylko do ubezpieczeń społecznych,
- ➔ na formularzu **ZUS ZZA** „Zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego/ zgłoszenie zmiany danych” – jeżeli zgłaszasz osobę wyłącznie do ubezpieczenia zdrowotnego.

Szczegółowe zasady wypełniania dokumentów ZUS ZUA i ZUS ZZA znajdziesz w poradnikach [ZUS ZUA. Zgłoszenie do ubezpieczeń/ zgłoszenie zmiany danych osoby ubezpieczonej. Jak wypełnić i skorygować](#) (PDF, 2400 KB) i [ZUS ZZA. Zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego/ zgłoszenie zmiany danych. Jak wypełnić i skorygować](#) (PDF, 2210 KB).

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

Członków rodziny ubezpieczonego zgłaszasz na formularzu **ZUS ZCNA w ciągu 7 dni od dnia, w którym ubezpieczony poinformował Cię o konieczności ich zgłoszenia.**

Szczegółowe zasady wypełniania dokumentu ZUS ZCNA znajdziesz w poradniku [ZUS ZCNA. Zgłoszenie danych o członkach rodziny dla celów ubezpieczenia zdrowotnego. Jak wypełnić i skorygować](#) (PDF, 1877 KB).



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 żadne 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 ani nie podlega ubezpieczeniu dobrowolnemu.

Jeśli jesteś osobą, która rozpoczyna wykonywanie działalności gospodarczej i będziesz opłacać składki wyłącznie na własne ubezpieczenia, możesz zgłosić się do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego podczas składania wniosku o wpis w CEIDG. W ten sposób możesz zgłosić też swoich członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego. Na podstawie danych przekazanych z CEIDG sporządzimy:

- Twoje zgłoszenie do ubezpieczeń społecznych – na formularzu ZUS ZUA, lub
- Twoje zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego – na formularzu ZUS ZZA,
- zgłoszenie członków Twojej rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego – na formularzu ZUS ZCNA. Zgłoszeń dokonamy od dnia rozpoczęcia prowadzenia przez Ciebie działalności gospodarczej.



WAŻNE Nie musisz sam sporządzać ani przekazywać do ZUS:

- zgłoszenia płatnika składek,
- zgłoszeń do ubezpieczeń – swojego i członków swojej rodziny.

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

Jako twórca lub artysta zgłaszasz się do ubezpieczeń społecznych **w ciągu 7 dni od dnia otrzymania decyzji Komisji do spraw Zaopatrzenia Emerytalnego Twórców**, która ustala 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 rozliczania 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 zgłaszają się do ubezpieczeń przez wykazanie ich w imiennym raporcie miesięcznym, składanym do ZUS w terminie przekazywania dokumentów rozliczeniowych.



WAŻNE

Możemy zażądać od Ciebie jako płatnika składek, abyś ponownie zgłosił się do ubezpieczeń, jeżeli Twoje zgłoszenie nie zostało zidentyfikowane w naszym systemie informatycznym.

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 ciągu 7 dni od daty wygaśnięcia ubezpieczeń**.

Wyrejestrowania z ubezpieczeń dokonujesz na formularzu **ZUS ZWUA**. Informację na ten temat znajdziesz w poradniku [ZUS ZWUA. Wyrejestrowanie z ubezpieczeń. Jak wypełnić i skorygować](#) (PDF, 2765 KB).

Pamiętaj także, że jako płatnik składek, który przestaje wykonywać działalność gospodarczą, masz obowiązek wyrejestrować siebie, osoby zatrudnione i osoby, które z Tobą współpracują, z odpowiednich ubezpieczeń w ciągu 7 dni od daty ustania obowiązku ich 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. Oni podlegają wyrejestrowaniu z ubezpieczeń w ciągu **30 dni od ustania stosunku pracy**.

Jeśli jesteś osobą, która wykonuje działalność gospodarczą, i opłacasz składki wyłącznie na własne ubezpieczenia, możesz wyrejestrować z ubezpieczeń zarówno siebie, jak i zgłoszonych członków Twojej rodziny za pośrednictwem wniosku o wpis do CEIDG. Na podstawie przekazanych przez Ciebie danych wyrejestrujemy Cię z ubezpieczeń na formularzu ZUS ZWUA oraz członków Twojej rodziny na formularzu ZUS ZCNA.

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 członków ich rodzin oraz rozliczyłeś składki), musisz złożyć zgłoszenie wyrejestrowania na druku **ZUS ZWPA**. Powinieneś to zrobić **w ciągu 7 dni od daty zaprzestania wykonywania działalności**.

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

Szczegółowe zasady wypełniania dokumentu ZUS ZWPA znajdziesz w poradniku [ZUS ZWPA. Wyrejestrowanie płatnika składek. Jak wypełnić i skorygować](#) (PDF, 2795 KB).



WAŻNE

Jeśli jesteś przedsiębiorcą, który prowadzi działalność na podstawie wpisu do CEIDG, i zawieszasz ją lub zaprzestajesz jej wykonywania, to 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.

Na podstawie otrzymanego z tego organu wniosku:

1. **jeśli zawieszysz prowadzenie pozarolniczej działalności:**

- ➔ wyrejestrujemy Cię jako płatnika składek na formularzu ZUS ZWPA,
 - ➔ wyrejestrujemy Cię z ubezpieczeń na formularzu ZUS ZWUA oraz wyrejestrujemy z ubezpieczeń osoby, które z Tobą współpracowały,
 - ➔ wyrejestrujemy członków Twojej rodziny oraz członków rodziny osoby, która z Tobą współpracowała, na formularzu ZUS ZCNA,
2. **jeśli zaprzestasz prowadzenia pozarolniczej działalności** – wyrejestrujemy Cię jako płatnika składek na formularzu ZUS ZWPA.
Zatem nie musisz tych dokumentów 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 wyrejestrowaniu z ubezpieczeń ostatniej osoby, za którą miałeś obowiązek składania dokumentów ubezpieczeniowych.

Dane z wypełnionych przez Ciebie wniosków (odpowiednio w KRS lub w US) zostaną przesłane do ZUS.

Na ich podstawie sporządzimy:

1. jeśli zawiesiłeś prowadzenie działalności – formularz ZUS ZWPA,
2. jeśli zaprzestałeś prowadzenia działalności – formularz ZUS ZWPA z odpowiednim kodem wyrejestrowania opisanym przez Ciebie we wniosku KRS lub wniosku NIP-8.

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



WAŻNE Jeśli jesteś współnikiem spółki komandytowej, jawnej, partnerskiej lub jednoosobowej spółki z o.o., jako płatnik składek na własne ubezpieczenia w związku z zawieszeniem lub zamknięciem działalności spółki w Krajowym Rejestrze Sądowym zobowiązany jesteś do złożenia formularza ZUS ZWPA – „Wyrejestrowanie płatnika składek”.

Formularz ZUS ZWPA możesz wypełnić w sądzie rejestrowym, za pośrednictwem którego zostanie on przekazany do naszej placówki właściwej ze względu na adres Twojej siedziby jako płatnika składek.

Możesz ten dokument przekazać samodzielnie (bez pośrednictwa sądu) w formie dokumentu elektronicznego (opatrzonego kwalifikowanym podpisem elektronicznym) albo w formie papierowej osobiście lub pocztą do naszej placówki właściwej ze względu na adres Twojej siedziby jako płatnika składek.

Ponadto masz obowiązek złożyć formularz ZUS ZWUA, którym wyrejestrujesz się z ubezpieczeń, a także formularz ZUS ZCNA wyrejestrowujący zgłoszonych członków Twojej 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, zakładamy konto płatnika składek. Rozliczane są na nim 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, kto jest płatnikiem składek na ubezpieczenia społeczne lub ubezpieczenie zdrowotne, objęty jest obowiązkiem ewidencyjnym 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 ich, numery te zostaną nadane 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, które prowadzą pozarolniczą działalność gospodarczą i są 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.

Gdy jesteś płatnikiem składek, który opłaca składki wyłącznie na własne ubezpieczenia, i 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 zgłosić zmianę danych identyfikacyjnych płatnika (ZUS ZIPA).

W bloku II „Poprzednie dane identyfikacyjne płatnika składek” podajesz dane identyfikacyjne, z jakimi zostałeś jako płatnik zgłoszony w na ZUS ZFA, natomiast w bloku III „Aktualne dane identyfikacyjne płatnika składek” podajesz oprócz dotychczasowych danych identyfikacyjnych dodatkowo numer PESEL.

Jest to konieczne w celu zapewnienia poprawnej identyfikacji przekazywanych przez Ciebie 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 lub we wniosku NIP-8 oraz w dokumentach ZUS ZPA i ZUS ZFA. Jeżeli jako płatnik nie masz nazwy skróconej, to jesteś zobligowany do jej utworzenia i konsekwentnego podawania we wszystkich dokumentach przesyłanych do nas. 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. PŁATNICY SKŁADEK O STRUKTURZE WIELOODDZIAŁOWEJ

Płatnikami składek na ubezpieczenia społeczne są podmioty, które spełniają warunki określone w art. 4 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Płatnikiem składek jest m.in. pracodawca w stosunku do pracowników. Oznacza to, że wyodrębnione jednostki organizacyjne

⁶ Ustawa z dnia 13 października 1995 r. o zasadach ewidencji i identyfikacji podatników i płatników (Dz.U. z 2017 r. poz. 869, z późn. zm.).

(np. oddziały) osób prawnych będą płatnikami składek w stosunku do osób w nich zatrudnionych, o ile 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 lub 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 każde ze współmałżonków powinno 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. **Musi posłużyć się przy tym własnymi, odrębnymi identyfikatorami NIP i REGON.**

Ze względu na to, że małżonkowie występują jako odrębni płatnicy składek, tj. jedno jako płatnik, który opłaca składki za siebie oraz za pracowników, i drugie jako płatnik, który opłaca składki wyłącznie na własne ubezpieczenia, zgłoszenie małżonków jako płatników składek powinno być dokonane w następujący sposób:

- ➔ to z małżonków, które jest płatnikiem składek za siebie i za pracowników, w zgłoszeniu podaje identyfikatory: **swój NIP i REGON nadany z tytułu prowadzonej działalności,**
- ➔ natomiast to z małżonków, które opłaca 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, które prowadzą działalność gospodarczą w formie spółki cywilnej, każdy ze wspólników jest płatnikiem składek na ubezpieczenia społeczne i ubezpieczenie zdrowotne 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 CEIDG na formularzu CEIDG-1. Może go złożyć drogą elektroniczną lub osobiście w urzędzie gminy lub miasta bądź wysłać listem poleconym.

Na podstawie danych przekazanych z CEIDG sporządzimy dokumenty zgłoszeniowe płatnika składek. Odpowiednio do zakresu informacji podanych we wniosku CEIDG-1 sporządzimy:

- ➔ zgłoszenie płatnika składek – na formularzu ZUS ZFA,
- ➔ informację o Twoich rachunkach bankowych jako płatnika składek – na formularzu ZUS ZBA,
- ➔ informację o adresach prowadzenia przez Ciebie działalności gospodarczej – na formularzu ZUS ZAA.

Wspólnicy, którzy zgłaszają się odrębnie od spółki jako płatnicy składek, nie mogą posługiwać się identyfikatorem NIP lub REGON nadanymi spółce.

4.4. OSOBY FIZYCZNE PROWADZĄCE KILKA RODZAJÓW DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ

Jako osoba fizyczna, która prowadzi pozarolniczą działalność, jesteś płatnikiem składek na własne ubezpieczenia, za osoby, które z Tobą współpracują, oraz za wszystkie zatrudniane przez siebie osoby (pracowników, zleceniobiorców). Gdy prowadzisz kilka rodzajów działalności gospodarczej pod różnymi adresami (tj. posiadasz jednostki lokalne⁷), jesteś płatnikiem składek za wszystkich zatrudnionych w poszczególnych zakładach albo 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.

Jeśli prowadzisz 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 objęty jesteś ubezpieczeniami społecznymi i ubezpieczeniem zdrowotnym jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność.

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

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

4.6. POSŁOWIE I SENATOROWIE PROWADZĄCY DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ

Posłowie 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.

Jeśli jesteś posłem albo senatorem, jako płatnik składek zgłaszasz się na dokumencie **ZUS ZPA**. Jako dane identyfikacyjne podajesz: **NIP – osobisty (posła albo senatora), numer REGON biura, nazwę skróconą biura**.

W biurach poselskich mogą być zatrudniani np. pracownicy i zleceniobiorcy. Tym samym jako poseł albo senator, który jest pracodawcą w stosunku do osób zatrudnianych w swoim biurze,

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, z późn. zm.).

⁸ Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 9 maja 1996 r. o wykonywaniu mandatu posła i senatora (Dz.U. z 2016 r. poz. 1510, z późn. zm.).

powinieneś dokonać zgłoszenia płatnika składek z osobistym numerem NIP, numerem REGON i nazwą skróconą biura – na formularzu **ZUS ZPA**.

Gdy jako poseł albo senator równocześnie prowadzisz działalność gospodarczą lub zatrudniasz inne osoby (np. pomoc domową), dodatkowe zgłoszenie płatnika składek składane na formularzu CEIDG-1 lub ZUS ZFA powinno zawierać: **NIP – osobisty (posta albo 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 (posta albo senatora)**, **numeru PESEL, nazwiska i pierwszego imienia**.

4.7. PODMIOT ZAGRANICZNY PEŁNIĄCY ROLĘ PŁATNIKA SKŁADEK

Jako pracodawca zagraniczny, jeśli jesteś płatnikiem składek do polskiego systemu ubezpieczeń społecznych, powinieneś uzyskać identyfikator NIP (numer identyfikacji podatkowej). O jego nadanie zwracasz się do naczelnika **Drugiego Urzędu Skarbowego Warszawa Śródmieście, ul. Jagiellońska 15, 03-719 Warszawa**. Jeżeli jako podmiot zagraniczny zostałeś zarejestrowany w Polsce przez właściwy urząd skarbowy jako podatnik VAT UE, nie występujesz ponownie o nadanie NIP-u, lecz w danych identyfikacyjnych wykazywanych w dokumentach ubezpieczeniowych oraz płatniczych podajesz identyfikator NIP, który służy do rozliczeń podatku VAT, z pominięciem symbolu PL.

Następnie powinieneś zgłosić się do **I Oddziału ZUS w Warszawie, ul. Senatorska 6/8, 00-917 Warszawa** z kopią decyzji o nadaniu Ci numeru NIP oraz wypełnionym formularzem zgłoszenia płatnika składek:

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

Zgłoszenie płatnika składek przekazujesz do nas **w ciągu 7 dni od daty zatrudnienia pierwszego pracownika lub powstania stosunku prawnego, który uzasadnia objęcie ubezpieczeniami pierwszej osoby**, w formie papierowej – według ustalonego wzoru – lub w formie wydruku z aktualnego programu informatycznego udostępnionego przez nas lub oprogramowania interfejsowego (uwzględnij 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, drukowanymi literami (bez stosowania znaków specjalnych, np. É, Û), i wpisać każdy znak w oddzielnej rubryce.

W zakresie identyfikatorów numerycznych zgłoszenie płatnika składek, który jest pracodawcą zagranicznym, 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 właściwą z uwagi na swoje miejsce zamieszkania placówkę ZUS. Szczegółowy wykaz placówek ZUS znajduje się na stronie **www.zus.pl**.

Jeśli jesteś pracownikiem, który pełni obowiązki płatnika składek w imieniu pracodawcy zagranicznego, musisz posiadać NIP. Jako obywatel Polski wykorzystujesz do tego celu osobisty NIP. Natomiast

jeśli jesteś obywatelem z państwa Unii Europejskiej, musisz wystąpić o nadanie numeru NIP do naczelnika urzędu skarbowego właściwego ze względu na Twoje miejsce zamieszkania w Polsce. Gdy jesteś osobą fizyczną, która została zarejestrowana w Polsce przez właściwy urząd skarbowy jako podatnik VAT UE, w danych identyfikacyjnych wykazywanych w dokumentach ubezpieczeniowych oraz w dokumentach płatniczych podajesz identyfikator NIP, ale pomijasz symbol PL. Twoim zadaniem jako pracownika, który pełni funkcję płatnika, jest wypełnienie obowiązku zgłoszeniowego. Polega on na zgłoszeniu się do placówki ZUS właściwej ze względu na Twoje miejsce zamieszkania z:

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

oraz wypełnieniu dwóch formularzy: ZUS ZUA (lub ZUS ZZA, gdy będziesz objęty tylko ubezpieczeniem zdrowotnym) oraz ZUS ZAA, w których jako dane identyfikacyjne płatnika (blok II) podajesz:

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

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

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

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

W zgłoszeniu wpisujesz właściwy dla tej grupy ubezpieczonych – płatników składek – kod tytułu ubezpieczenia (blok V): **01 25 xx, 01 26 xx, 04 26 xx, 04 28 xx** (patrz: „Rozdział VI. Kody wykorzystywane przy wypełnianiu dokumentów ubezpieczeniowych”).

Na składanym formularzu ZUS ZAA jako pracownik, który pełni obowiązki płatnika, zgłaszasz dodatkowo adres podmiotu zagranicznego, z którym zawarłeś umowę o przejęciu obowiązków płatnika składek.



WAŻNE

Gdy przejąłeś obowiązki płatnika zagranicznego i masz już konto w ZUS z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej, w zgłoszeniu ZUS ZUA lub ZUS ZZA z kodem tytułu ubezpieczenia 01 25 xx lub 04 26 xx podajesz w bloku danych identyfikacyjnych płatnika składek takie dane identyfikacyjne płatnika składek, jakie zostały już u nas zapisane na koncie założonym wcześniej z tytułu prowadzenia działalności pozarolniczej.

Podobnie postępujesz, jeśli masz już założone konto z tytułu przejęcia obowiązków płatnika zagranicznego i zgłaszasz się do ZUS z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności. W bloku danych identyfikacyjnych płatnika składek podajesz dane identyfikacyjne płatnika składek, jakie zostały już zapisane na Twoim koncie z tytułu przejęcia obowiązku płatnika zagranicznego.

W obu przypadkach na bieżąco składasz 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 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).



WAŻNE 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 poradnikach:

- [ZUS DRA. Deklaracja rozliczeniowa. Jak wypełnić i skorygować](#) (PDF, 12 428 KB),
- [ZUS RCA. Imienny raport miesięczny o należnych składkach i wypłaconych świadczeniach. Jak wypełnić i skorygować](#) (PDF, 9770 KB),
- [ZUS RZA. Imienny raport miesięczny o należnych składkach na ubezpieczenie zdrowotne. Jak wypełnić i skorygować](#) (PDF, 5145 KB),
- [ZUS RSA. Imienny raport miesięczny o wypłaconych świadczeniach i przerwach w opłaceniu składek. Jak wypełnić i skorygować](#) (PDF, 5437 KB).

5.1. ZWOLNIENIE Z OBOWIĄZKU PRZEKAZYWANIA DOKUMENTÓW ROZLICZENIOWYCH

Jeśli prowadzisz działalność, opłacasz składki wyłącznie za siebie i/ lub osoby z Tobą współpracujące oraz za poprzedni miesiąc kalendarzowy złożyłeś dokumenty rozliczeniowe, w których rozliczyłeś składki za cały miesiąc, a wykazana w nich podstawa wymiaru składek nie jest niższa od 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 to dotyczy również miesięcy, w których następuje zmiana wysokości minimalnej podstawy wymiaru składek.

Jeśli prowadzisz działalność, opłacasz składki wyłącznie za siebie i/ lub za osobę współpracującą oraz za poprzedni miesiąc kalendarzowy złożyłeś dokumenty rozliczeniowe z kodem tytułu ubezpieczenia 05 80 xx i 05 81 xx (osoba prowadząca pozarolniczą działalność, której zasiłek macierzyński nie przekracza kwoty świadczenia rodzicielskiego, lub osoba współpracująca z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność, której zasiłek macierzyński nie przekracza kwoty świadczenia rodzicielskiego), w których rozliczyłeś składki na ubezpieczenie zdrowotne za cały miesiąc, a wykazana w nich składka jest równa 0, to będziesz zwolniony z przekazywania dokumentów w okresie, w którym będziesz prowadzić działalność lub współpracować przy jej prowadzeniu i jednocześnie będziesz pobierać zasiłek macierzyński, który nie przekracza kwoty świadczenia rodzicielskiego.

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

- **osoby, które skorzystały z ulgi na start i przystąpiły tylko do ubezpieczenia zdrowotnego** (kod tytułu ubezpieczenia 05 40 xx), ale tylko przez 6 miesięcy od dnia, w którym rozpoczęły prowadzenie działalności,
- **duchowni, którzy opłacają 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

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 2017 r. poz. 1831).

- 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).

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 jesteś objęty dobrowolnie ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi, 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, będziemy za Ciebie tworzyli deklaracje za kolejne miesiące. Drugą deklarację z rozliczeniem składki na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne, oznaczoną identyfikatorem z zakresu 40–49, jesteś zobowiązany w dalszym ciągu przekazywać do nas co miesiąc.

Jeśli jesteś płatnikiem składek – rodzicem, który zatrudnia 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 albo ZUS RZA z kodem tytułu ubezpieczenia 04 30 XX),
- w komplecie dokumentów nie występuje raport imienny ZUS RSA,
- podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne niani nie przekracza wysokości minimalnego wynagrodzenia (dla umów zawartych do 31 grudnia 2017 r.) lub połowy minimalnego wynagrodzenia (dla umów zawartych od 1 stycznia 2018 r.).

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.

Jeśli prowadzisz działalność i płacisz składki **na ubezpieczenie zdrowotne z więcej niż jednego źródła przychodu**¹⁰, też nie musisz składać dokumentów rozliczeniowych za miesiące, w których

¹⁰ Jeśli minimalna podstawa wymiaru składek na to ubezpieczenie jest wielokrotnością kwoty stanowiącej 75% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw, wraz z wypłatami z zysku.

następuje zmiana minimalnej podstawy wymiaru składek na to ubezpieczenie, o ile 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, 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 będziemy mogli 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, sporządzimy 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, które opłacają składkę wyłącznie za siebie,
- ➔ do 15 dnia następnego miesiąca – pozostali płatnicy.

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, która ustala 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, że sobota jest dniem równorzędnym z dniem ustawowo wolnym od pracy¹¹.

¹¹ Uchwała NSA z dnia 15 czerwca 2011 r., 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,
- ➔ 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, które prowadzą pozarolniczą działalność gospodarczą, oraz osób z nimi współpracujących, pracowników czy zleceniobiorców można uzyskać w każdej placówce ZUS oraz na stronie www.zus.pl.

Zasady finansowania składek na poszczególne ubezpieczenia społeczne są następujące:

- 1) Składkę na ubezpieczenie **emerytalne**:
 - ➔ Twoją jako osoby, która prowadzi działalność gospodarczą – finansujesz w całości sam jako ubezpieczony,
 - ➔ osób z Tobą współpracujących – finansujesz w całości jako płatnik składek (czyli osoba prowadząca działalność),
 - ➔ Twoich pracowników i zleceniobiorców – finansuje w połowie ubezpieczony, a w połowie finansujesz Ty jako płatnik składek (czyli odpowiednio pracodawca lub zleceniodawca).
- 2) Składkę na ubezpieczenia **rentowe**:
 - ➔ Twoją jako osoby, która prowadzi działalność gospodarczą – finansujesz w całości sam jako ubezpieczony,
 - ➔ osób z Tobą współpracujących – finansujesz w całości jako płatnik składek (czyli osoba prowadząca działalność),
 - ➔ Twoich pracowników i zleceniobiorców – finansuje ją ubezpieczony w części **1,5%** podstawy wymiaru, a Ty finansujesz ją w części **6,5%** podstawy wymiaru jako płatnik składek.
- 3) Składkę na ubezpieczenie **chorobowe**:
 - ➔ Twoją jako osoby, która prowadzi działalność gospodarczą – finansujesz w całości sam,
 - ➔ Twoich pracowników i zgłoszonych do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego zleceniobiorców – finansują w całości sami ubezpieczeni,

- osób z Tobą współpracujących – finansujesz w całości jako płatnik składek (czyli osoba prowadząca pozarolniczą działalność).
- 4) Składkę na ubezpieczenie **wypadkowe**:
 - Twoją jako osoby, która prowadzi działalność gospodarczą – finansujesz w całości jako płatnik składek,
 - osób z Tobą współpracujących oraz Twoich pracowników i zleceniobiorców – finansujesz w całości jako płatnik składek (czyli odpowiednio osoba prowadząca działalność, pracodawca lub zleceniodawca).

2. SKŁADKI NA FUNDUSZ PRACY I FUNDUSZ GWARANTOWANYCH ŚWIADCZEŃ PRACOWNICZYCH

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

- 1) **na Fundusz Pracy (FP)**¹² – za osoby objęte obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnymi i rentowymi (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.



WAŻNE

Jeśli jesteś osobą, która prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą, i zatrudniasz wyłącznie osoby na umowę zlecenia, 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) objęte obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi, bez względu na wysokość podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe.

Nie opłacasz składek na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych za siebie jako osobę, która prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą, oraz za osoby, które z Tobą współpracują przy jej prowadzeniu, a także za zatrudnioną przez Ciebie pomoc domową. **Z uwagi na to, że od 5 września 2017 r. obowiązek opłacania składek na FGŚP dotyczy wszystkich pracowników, także tych, którzy są obejmowani obowiązkiem ubezpieczeń emerytalnego i rentowych jako osoby współpracujące, od tego dnia składkę tę opłacasz również za zatrudnionych na podstawie umowy o pracę: małżonka, dzieci własne, dzieci drugiego małżonka i dzieci przysposobione, rodziców, macochę i ojczyma oraz osobę przysposabiającą.**

Składek na FP i FGŚP **nie opłacasz** również:

- za pracowników, którzy wracają z urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopu rodzicielskiego lub urlopu wychowawczego – przez 36 miesięcy od pierwszego miesiąca po powrocie z takiego urlopu,
- za pracowników, którzy ukończyli 50 lat i w okresie 30 dni przed zatrudnieniem pozostawali w ewidencji bezrobotnych powiatowego urzędu pracy – przez 12 miesięcy od pierwszego miesiąca po zawarciu umowy o pracę,

¹² Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2017 r. poz. 1065, z późn. zm.).

¹³ Ustawa z dnia 13 lipca 2006 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy (Dz.U. z 2016 r. poz. 1256, z późn. zm.).

- ➔ za skierowanych do pracy bezrobotnych, którzy nie ukończyli 30 lat – przez 12 miesięcy 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 składek na FP i FGŚP określa ustawa budżetowa.

W 2018 r. składka na Fundusz Pracy wynosi 2,45% podstawy wymiaru, natomiast składka na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych – 0,10% podstawy wymiaru.



WAŻNE

Szczegółowe zasady 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](#) (PDF, 906 KB).

3. SKŁADKI NA FUNDUSZ EMERYTUR POMOSTOWYCH

Jako osoba, która prowadzi 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 informację 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.

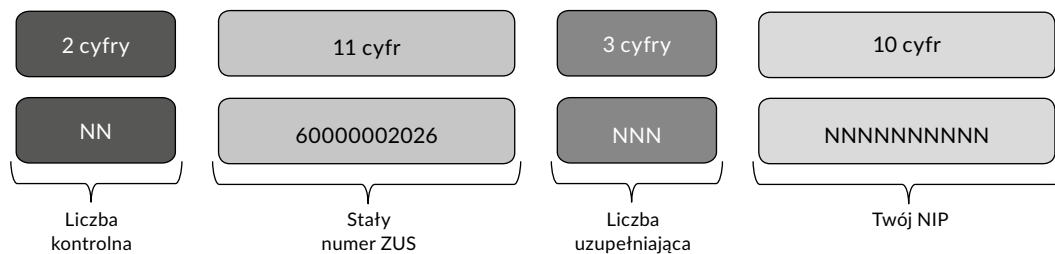
4. SPOSÓB OPŁACANIA SKŁADEK

Wszystkie składki opłacasz jednym przelewem na swój numer rachunku składkowego (NRS) nadany Ci przez ZUS. Na przelewie podajesz łączną kwotę składek na:

- ➔ ubezpieczenia społeczne (emerytalne, rentowe, chorobowe, wypadkowe),
- ➔ ubezpieczenie zdrowotne,
- ➔ Fundusz Pracy,
- ➔ Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych,
- ➔ Fundusz Emerytur Pomostowych.

NRS zawiera numer ZUS, a także Twój indywidualny, unikalny numer (w tym Twój NIP). Na podstawie tego numeru zapisujemy i rozliczamy wpłaty na Twoim koncie.

¹⁴ Ustawa z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych (Dz.U. z 2017 r. poz. 664, z późn. zm.).

Struktura numeru rachunku składkowego

Informację o numerze rachunku składkowego otrzymasz niezwłocznie po założeniu Ci konta płatnika składek. Możesz także sprawdzić NRS w wyszukiwarce, która jest dostępna na stronie www.eskladka.pl, zadzwonić w tej sprawie do Centrum Obsługi Telefonicznej ZUS (nr tel. 22 560 16 00) lub zgłosić się do naszej placówki.

Składki opłacasz w formie bezgotówkowej, poprzez obciążenie Twojego rachunku bankowego jako płatnika składek. Jako płatnik składek-mikroprzedsiębiorca¹⁵ możesz opłacać należności z tytułu składek również w formie przekazu pocztowego.

**WAŻNE**

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

¹⁵ W rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz.U. z 2018 r. poz. 646).

ROZDZIAŁ III

Korygowanie dokumentów ubezpieczeniowych

Jako płatnik składek zobowiązany jesteś zawiadomić nas o wszelkich zmianach i korektach, jakie nastąpiły w przekazanych do ZUS dokumentach ubezpieczeniowych. Dokumenty w trybie zmiany lub korekty składasz, jeśli stwierdzisz nieprawidłowości we własnym zakresie albo otrzymasz od nas zawiadomienie o stwierdzeniu nieprawidłowości.

Przed sporządzeniem i przekazaniem 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 osoby ubezpieczonej.

Szczegółowe informacje o korygowaniu danych przekazanych do ZUS 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 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 albo ZUS ZFA) składasz **w ciągu 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.



WAŻNE

Zmiany i korekty danych płatnika składek, które podlegają wpisowi do ewidencji działalności gospodarczej, należy zgłaszać w formie wniosku CEIDG-1 składanym w organie ewidencyjnym. Tak więc w przypadku zmiany tych danych nie musisz składać w ZUS dokumentu ZUS ZFA w trybie zmiany lub ZUS ZIPA (zgłoszenie zmiany danych identyfikacyjnych płatnika składek). Natomiast musisz pamiętać, że konieczne może okazać się złożenie zmiany Twojego zgłoszenia do ubezpieczeń, jeśli zmieniane dane występują także w zgłoszeniu ZUS ZUA lub ZUS ZZA. Zmiany w zgłoszeniu do ubezpieczeń możesz dokonać w ZUS, jak również w CEIDG (poza zmianą tytułu ubezpieczenia, rodzajów ubezpieczeń oraz terminów ich powstania, które nadal zgłaszasz do ZUS). Zmiana lub korekta danych o numerze rachunku bankowego czy też adresów, które związane są z prowadzeniem działalności, należy zgłosić w CEIDG. Na tej podstawie dokonamy zmiany lub korekty na formularzu ZUS ZBA lub ZUS ZAA.



WAŻNE Jeżeli podlegasz wpisowi albo 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 do nas. Na podstawie tych danych sporządzimy formularze:

- ZUS ZPA – w zakresie zmiany Twoich danych (ewidencyjnych) jako płatnika składek,
- ZUS ZIPA – w zakresie zmiany Twoich danych identyfikacyjnych jako płatnika składek,
- ZUS ZAA – w zakresie zmiany adresu prowadzenia przez Ciebie działalności gospodarczej,
- ZUS ZBA – w zakresie zmiany Twojego rachunku bankowego jako płatnika składek.



WAŻNE Aby uniknąć w przyszłości problemu, który polega na zmianie nazwy skróconej na Twoim koncie w wyniku składania aktualizacji danych uzupełniających na wniosku NIP-8, za każdym razem we wniosku NIP-8 w bloku B.1 pole 7 wpisuj nazwę skróconą, która jest zapisana u nas na Twoim koncie.



WAŻNE Jeśli opłacasz składki wyłącznie na własne ubezpieczenia i w przekazanym do nas zgłoszeniu ZUS ZFA podałeś tylko numery NIP i REGON, natomiast w zgłoszeniu do ubezpieczeń (ZUS ZUA, ZUS ZZA) podałeś jako identyfikatory ubezpieczonego 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 osoby ubezpieczonej dokonujesz **w ciągu 7 dni od zaistnienia zmian bądź stwierdzenia nieprawidłowości**.
- W razie zmiany lub konieczności korekty danych identyfikacyjnych osoby ubezpieczonej (PESEL, nazwisko, pierwsze imię, 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, a następnie ponowne prawidłowe zgłoszenie do ubezpieczeń – odpowiednio na formularzu ZUS ZUA lub ZUS ZZA.



PRZYKŁAD 1 Zgłosiłeś pracownika do ubezpieczeń na formularzu ZUS ZUA. Wpisałeś błędną datę powstania obowiązku ubezpieczeń. Zamiast 1 września 2017 r. wpisałeś 1 sierpnia 2017 r. Aby skorygować ten błąd, powinieneś wyrejestrować pracownika na formularzu ZUS ZWUA z datą dokonania zgłoszenia, tj. 1 sierpnia 2017 r., a następnie na formularzu ZUS ZUA dokonać prawidłowego zgłoszenia z datą powstania obowiązku ubezpieczeń, tj. 1 września 2017 r.



PRZYKŁAD

2 Zgłosiłeś zleceniobiorcę do ubezpieczeń społecznych: emerytalnego, rentowych i wypadkowego oraz do ubezpieczenia zdrowotnego – na formularzu ZUS ZUA – od 1 czerwca 2017 r. W sierpniu 2017 r. zleceniobiorca złożył wniosek o objęcie go z tego tytułu także ubezpieczeniem chorobowym – od 1 września 2017 r. W związku z tym jako płatnik powinieneś wyrejestrować go na formularzu ZUS ZWUA z dotychczasowych ubezpieczeń (tj. emerytalnego, rentowych, wypadkowego i zdrowotnego) od 1 września 2017 r., a następnie na formularzu ZUS ZUA dokonać zgłoszenia do wszystkich ubezpieczeń – od 1 września 2017 r.

Jeśli jesteś osobą, która prowadzi działalność gospodarczą i opłacasz składki wyłącznie na własne ubezpieczenia, zmianę lub korektę Twoich danych wykazanych w zgłoszeniu do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego oraz w zgłoszeniu członków Twojej rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego możesz zgłosić za pośrednictwem wniosku o wpis do CEIDG. Na podstawie przekazanych przez Ciebie danych sporządzimy odpowiednie dokumenty ubezpieczeniowe. Jedynie gdy zmiana lub korekta dotyczy kodu tytułu ubezpieczenia, rodzajów ubezpieczenia lub daty zgłoszenia do ubezpieczeń wówczas o zmianach tych musisz powiadomić nas sam poprzez wyrejestrowanie i ponowne zgłoszenie do ubezpieczeń z prawidłowymi danymi.



WAŻNE

Wykonywanie pracy na podstawie każdej umowy zlecenia albo umowy o świadczenie usług jest odrębnym tytułem do ubezpieczeń emerytalnego i rentowych. Dlatego z każdej 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 ani nie wygasła).

2. DOKUMENTY ROZLICZENIOWE

1. Jako płatnik składek sporządzasz i przekazujesz dokumenty rozliczeniowe korygujące:
 - ➔ w terminie **7 dni od stwierdzenia nieprawidłowości** we własnym zakresie lub od otrzymania od nas zawiadomienia,
 - ➔ nie później niż w ciągu **7 dni od uprawomocnienia się decyzji** – jeżeli konieczność korekty danych jest wynikiem stwierdzenia przez nas nieprawidłowości w drodze decyzji,
 - ➔ nie później niż w ciągu **30 dni od otrzymania protokołu kontroli** – jeżeli konieczność korekty danych jest wynikiem stwierdzenia przez nas nieprawidłowości 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 kratkach 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,
 - ➔ deklaracji rozliczeniowej korygującej, która zawiera rozliczenie za 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 albo ZUS RZA w przypadku stwierdzenia we własnym zakresie lub przez nas różnicy w podstawie wymiaru składek w wysokości nieprzekraczającej 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.

Możemy korygować błędy w deklaracji rozliczeniowej i imiennych raportach miesięcznych, które uznamy za możliwe do poprawienia we własnym zakresie. W razie stwierdzenia rozbieżności między kwotą podstawy wymiaru składek i kwotą składek za prawidłową przyjmujemy podstawę wymiaru składek.

Ewidencjonujemy dane na koncie ubezpieczonego i dokonujemy rozliczenia na Twoim koncie jako płatnika składek na podstawie skorygowanych przez nas dokumentów rozliczeniowych.

Jeżeli nie zgadzasz się ze sporządzoną przez nas korektą, w ciągu 14 dni od otrzymania zawiadomienia powinieneś złożyć deklarację rozliczeniową i imienne raporty miesięczne korygujące nadstane przez nas dokumenty, 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

Jako płatnik składek musisz prowadzić m.in. ewidencję pracowników, którzy wykonują pracę w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, za których jest przewidziany obowiązek opłacania składek na Fundusz Emerytur Pomostowych¹⁶.

¹⁶ Ustawa o emeryturach pomostowych (patrz: „Podstawa prawna” na końcu poradnika).

Informacje, które dotyczą pracowników umieszczonych w ewidencji, jako płatnik składek masz obowiązek przekazywać do nas w zgłoszeniu danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze za dany rok kalendarzowy **do 31 marca następnego roku kalendarzowego** (na formularzu ZUS ZSWA). Natomiast informacje o liczbie stanowisk pracy w szczególnych warunkach i o szczególnym charakterze przekazujesz do nas w deklaracji rozliczeniowej (ZUS DRA).

WYJĄTKI

- ➔ Jeśli pracownik wystąpi z wnioskiem o przyznanie emerytury pomostowej, składasz do nas 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 nas w tym terminie także zgłoszenie za poprzedni rok kalendarzowy.
- ➔ W przypadku upadłości lub likwidacji jako płatnik składek zgłoszenia danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze w danym roku kalendarzowym przekazujesz do nas 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 nas także zgłoszenia za poprzedni rok kalendarzowy.

Jeśli nieprawidłowości w danych podanych w zgłoszeniu zostały stwierdzone przez:

➔ Ciebie jako płatnik składek,

➔ ZUS,

➔ właściwy organ Państwowej Inspekcji Pracy

przekazujesz do nas korygujące zgłoszenie danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze w formie nowego zgłoszenia, które będzie zawierało wszystkie prawidłowe dane. Korektę zgłoszenia przekazujesz w ciągu **7 dni od dnia stwierdzenia nieprawidłowości** we własnym zakresie lub otrzymania od nas lub organu Państwowej Inspekcji Pracy zawiadomienia o stwierdzeniu nieprawidłowości.

Jeżeli konieczność korekty danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze jest wynikiem stwierdzenia nieprawidłowości przez nas 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 zapisane wszystkie należne składki na ubezpieczenie emerytalne lub zostały zapisane w niewłaściwej wysokości, obowiązuje niżej opisany tryb:

➔ ubezpieczony zgłasza Tobie 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 ciągu 60 dni od dnia jego otrzymania,
 - ➔ w przypadku uwzględnienia wniosku o sprostowanie danych korygujesz błędny lub uzupełniasz brakujący dokument ubezpieczeniowy – w ciągu 30 dni od dnia przekazania ubezpieczonemu informacji o sposobie rozpatrzenia jego wniosku,
 - ➔ gdy nie uwzględniasz wniosku o sprostowanie danych, ubezpieczony składa w placówce ZUS właściwej według jego miejsca zamieszkania wniosek o przeprowadzenie postępowania wyjaśniającego, do którego dołącza:
 - ➔ dokumenty, które potwierdzą 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 nas okaże się, że przyczyną niezapisania na koncie ubezpieczonego wszystkich należnych składek na ubezpieczenie emerytalne lub zapisanie ich w niewłaściwej wysokości są błędy w dokumentach ubezpieczeniowych, składasz jako płatnik składek korygujące lub brakujące dokumenty – w terminie 30 dni od:
 - ➔ otrzymania od nas 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 przekazujesz ubezpieczonemu (na piśmie lub – za jego zgodą – w formie dokumentu elektronicznego) informacje zawarte w raportach imiennych przekazanych za niego do ZUS w celu ich weryfikacji.

Informacje te możesz przekazywać na formularzu „Informacja miesięczna dla osoby ubezpieczonej” oraz „Informacja roczna dla osoby ubezpieczonej” lub w innej formie, jeżeli będzie spełniała wymogi określone przepisami¹⁷.

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 lub 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.

Informacji miesięcznej lub rocznej dla osoby ubezpieczonej nie przekazuje się w przypadku pobierania składek z emerytur i rent¹⁸.

Szczegółowe informacje, jak wypełnić formularze „Informacja miesięczna...” oraz „Informacja roczna” znajdziesz w poradniku [Informacja miesięczna i informacja roczna dla osoby ubezpieczonej. Jak wypełnić i skorygować](#) (PDF, 6990 KB).

¹⁷ Art. 41 ust. 8 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych (patrz: „Podstawa prawna” na końcu poradnika).

¹⁸ Ustawa z dnia 7 listopada 2014 r. o ułatwieniu wykonywania działalności gospodarczej (Dz.U. z 2014 r. poz. 1662).

ROZDZIAŁ V

Formularze ubezpieczeniowe

PLATNIK 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)

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

03. Data nadania (dd / mm / rrrr)

04. Nalepka „R”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PLATNIKA SKŁADEK

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL²⁾

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona

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

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

III. DANE IDENTYFIKACYJNE
OSOBY ZGŁASZANEJ
DO UBEZPIECZEŃ

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)

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

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

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

02. Emerytalnemu

04. Chorobowemu

03. Rentowym

05. Wypadkowemu

VII. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

01. Data powstania obowiązków 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
09. Adres poczty elektronicznej	08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

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

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.

⁴⁾Blok 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 UBEZPIECZEŃ 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. Pieczęćka 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 MASZYNE 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	Okres 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	Okres 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	Okres 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	Okres 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	Okres 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	Okres 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 NIEPOSIADAJĄCEJ 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, wisać X.	
03. Czy płatnik jest zakładem budżetowym lub gospodarstwem pomocniczym w rozumieniu ustawy z dnia 30.06.2005 r. o finansach publicznych? Jeśli TAK, wisać X.	
04. Nazwa organu założycielskiego	
05. Czy płatnik podlega wpisowi do rejestru / ewidencji? Jeśli TAK, wisać 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, wisać 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, wisać 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		

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

ZUS

ZPA

strona: 2

**ZGŁOSZENIE / ZMIANA DANYCH PŁATNIKA SKŁADEK - OSOBY PRAWNEJ
LUB JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ NIEPOSIADAJĄCEJ OSOBOWOŚCI PRAWNEJ**

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

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Nazwa skrócona

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⁾ W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZIPA.

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 (wisać X) 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

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wisać bez kresek)

02. Numer REGON

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

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

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, wisać 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, wisać 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 MASZYNE 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. Pieczęćka płatnika

V. 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 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 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
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. Pieczęćka 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 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 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
04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<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	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"/>
budżetu 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 składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego

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

III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Podstawa wymiaru składki

02. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika ³⁾

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

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

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"/>

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: 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. 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 KOŁOREM.

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⁾	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

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⁾	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

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 RĘCZNIE
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 ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek) 02. Numer REGON

03. Numer PESEL¹⁾ 04. Rodzaj dokumentu: 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 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 zł, gr

Okres -

IV. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze 03. Typ 04. Identyfikator

IV. 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 zł, gr

Okres -

V. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

V. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze 03. Typ 04. Identyfikator

V. 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 zł, gr

Okres -

VI. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

VI. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze 03. Typ 04. Identyfikator

VI. 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 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

zł, 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

zł, 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

zł, 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

zł, 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	09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
08. Imię pierwsze			

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⁾	

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	03. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego
02. Kwota wynagrodzenia należnego płatnikowi od wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego	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	02. Kwota do zapłaty przez płatnika: (p. IV.37 – p. V.05)
01. Kwota do zwrotu przez ZUS: (p. V.05 – p. IV.37)	

PLATNIK WYPELNIŁA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE 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⁾ 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 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⁾ 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 do 30 czerwca 2008 r.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH		INFORMACJA ROCZNA DLA OSOBY UBEZPIECZONEJ			
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK	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 _____		
	06. Nazwisko _____		05. Seria i numer dokumentu _____		
	08. Nazwa skrócona _____		07. Imię pierwsze _____		
			09. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) _____		
	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 _____		04. Wymiar czasu _____	
03. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe _____					
UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBOWE	WYPADKOWE	
05. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	_____ zł, gr _____		06. _____ zł, gr _____		
07. SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:					
ubezpieczonych	08. _____ zł, gr _____		09. _____ zł, gr _____		
płatnika	10. _____ zł, gr _____		11. _____ zł, gr _____		
budżet państwa	12. _____ zł, gr _____		13. _____ zł, gr _____		
PFRON ²⁾	14. _____ zł, gr _____		15. _____ zł, gr _____		
Fundusz Kościelny	16. _____ zł, gr _____		17. _____ zł, gr _____		
	18. _____ zł, gr _____		19. _____ zł, gr _____		
	20. _____ zł, gr _____		21. _____ zł, gr _____		
	22. _____ zł, gr _____		23. _____ zł, gr _____		
	24. _____ zł, gr _____		25. _____ zł, gr _____		
	26. _____ zł, gr _____		27. _____ zł, gr _____		
28. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego _____ zł, gr _____		29. Łączna kwota składek (suma od p. 08 do p. 27) _____ zł, gr _____			
III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE					
01. Podstawa wymiaru składki _____ zł, gr _____					
02. Kwota należnej składki finansowanej przez płatnika _____ zł, gr _____		04. Kwota należnej składki finansowanej z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS _____ zł, gr _____			
03. Kwota należnej składki finansowanej przez ubezpieczonego _____ zł, gr _____		05. Kwota należnej składki finansowanej przez Fundusz Kościelny _____ zł, gr _____			
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 _____ zł, gr _____			

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBY	WYPADKOWE
PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	05. <input type="text"/>	06. <input type="text"/>	07. <input type="text"/>	<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 składki w ramach pracowniczego programu emerytalnego	<input type="text"/>	29. Łączna kwota składek (suma od p. 08 do p. 27)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Podstawa wymiaru składki	<input type="text"/>	04. Kwota należnej składki finansowanej z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS	<input type="text"/>
02. Kwota należnej składki finansowanej przez płatnika	<input type="text"/>	05. Kwota należnej składki finansowanej przez Fundusz Kościelny	<input type="text"/>
03. Kwota należnej składki finansowanej przez ubezpieczonego	<input type="text"/>		

III. D. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ I WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBY ORAZ RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK

01. Kod świadczenia/przerwy	<input type="text"/>	02. Okres od-do (dd/mm/rrrr)	<input type="text"/> - <input type="text"/>
03. Liczba dni zasiłkowych/wypłat	<input type="text"/>	04. Kwota	<input type="text"/>

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 lipiec 2017 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 1 stycznia 2008 r., a obecnie ma obowiązek dopłaty składek i przekazuje po 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 ubezpieczeniu 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. 35), 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, z późn. zm.), zwanego dalej rozporządzeniem Rady (WE) nr 987/2009,</p> <p>01 26 → pracownik podlegający ubezpieczeniu 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 1 stycznia 2008 r., a obecnie ma obowiązek dopłaty składek i przekazuje po 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 1 stycznia 2008 r., a obecnie ma obowiązek dopłaty składek i przekazuje po 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 i podlegający z tego tytułu ubezpieczeniom społecznym oraz ubezpieczeniu zdrowotnemu, albo wyłącznie ubezpieczeniu zdrowotnemu,
- 07 20 → stypendysta sportowy pobierający stypendium i 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 nie pobierająca 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 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 Celno-Skarbowej,
- 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 wyłącznie 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. Ustalone 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. z 2015 r. poz. 965, z późn. zm.), 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 ciągiu 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 2016 r. poz. 191), 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, z późn. zm.),
- 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 2015 r. poz. 163, 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, z późn. zm.),
- 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,
- 800 → wyrejestrowanie pracownika w związku z przejściem zakładu pracy lub jego części na innego pracodawcę w trybie art. 23¹ ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz.U. z 2016 r. poz. 1666, 2138 i 2255 oraz z 2017 r. poz. 60).

VIII. KOD RODZAJU UPRAWNIENIA –
składa się z 2 znaków:

- 11 → wpis do ewidencji, na listę lub do rejestru,
 31 → koncesja,
 32 → zezwolenie,
 34 → decyzja,
 40 → uprawnienie inne niż wymienione wyżej.

**IX. KOD PRZYCZYNY WYREJESTROWANIA
PŁATNIKA –** składa się z 3 znaków:

- 111 → zaprzestanie prowadzenia pozarolniczej działalności,
 115 → postanowienie sądu o ukończeniu postępowania upadłościowego,
 117 → zgon płatnika składek,
 210 → zawieszenie wykonywania pozarolniczej działalności gospodarczej na podstawie przepisów o swobodzie działalności gospodarczej,
 211 → wykreślenie z rejestru, ewidencji lub skreślenie z listy,
 311 → decyzja właściwego organu o likwidacji płatnika składek będącego jednostką sektora finansów publicznych,
 350 → wyrejestrowanie z ubezpieczeń ostatniej osoby, za którą płatnik miał obowiązek składania dokumentów ubezpieczeniowych,
 600 → inna przyczyna wyrejestrowania.

X. TYP IDENTYFIKATORA:

- P → PESEL,
 N → NIP,
 R → REGON,
 1 → dowód osobisty,
 2 → paszport lub inny dokument potwierdzający tożsamość obywatela UE.

XI. KOD ŚWIADCZENIA/ PRZERWY –
składa się z 3 znaków:**1. Przerwa w opłaceniu składek:**

- 111 → urlop bezpłatny,
 121 → urlop wychowawczy udzielony na podstawie art. 186 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz.U. z 2016 r. poz. 1666, z późn. zm.),
 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 → zasiłek wyrównawczy z ubezpieczenia chorobowego,
 214 → zasiłek wyrównawczy z ubezpieczenia wypadkowego,
 215 → wyrównanie zasiłku wyrównawczego z ubezpieczenia chorobowego,
 216 → wyrównanie zasiłku wyrównawczego z ubezpieczenia wypadkowego;

3. Rodzaj świadczenia i przerwy:

- 311 → zasiłek macierzyński z ubezpieczenia chorobowego za okres ustalony jako okres urlopu macierzyńskiego lub urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego,
 312 → zasiłek opiekuńczy z ubezpieczenia chorobowego,
 313 → zasiłek chorobowy z ubezpieczenia chorobowego,
 314 → zasiłek chorobowy z ubezpieczenia wypadkowego,
 315 → wyrównanie zasiłku macierzyńskiego z ubezpieczenia chorobowego za okres ustalony jako okres urlopu macierzyńskiego lub urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego,
 316 → wyrównanie zasiłku opiekuńczego z ubezpieczenia chorobowego,
 317 → wyrównanie zasiłku chorobowego z ubezpieczenia chorobowego,
 318 → wyrównanie zasiłku chorobowego z ubezpieczenia wypadkowego,
 319 → zasiłek macierzyński z ubezpieczenia chorobowego za okres ustalony jako okres urlopu rodzicielskiego,
 320 → wyrównanie zasiłku macierzyńskiego z ubezpieczenia chorobowego za okres ustalony jako okres urlopu rodzicielskiego,
 321 → świadczenie rehabilitacyjne z ubezpieczenia chorobowego,
 322 → świadczenie rehabilitacyjne z ubezpieczenia wypadkowego,
 323 → wyrównanie świadczenia rehabilitacyjnego z ubezpieczenia chorobowego,
 324 → wyrównanie świadczenia rehabilitacyjnego z ubezpieczenia wypadkowego,
 325 → zasiłek macierzyński z ubezpieczenia chorobowego za okres ustalony jako okres dodatkowego urlopu macierzyńskiego lub dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego,
 326 → wyrównanie zasiłku macierzyńskiego z ubezpieczenia chorobowego za okres ustalony jako okres dodatkowego urlopu macierzyńskiego lub dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego,

- 327 → zasiłek macierzyński z ubezpieczenia chorobowego za okres ustalony jako okres urlopu ojcowskiego,
- 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 współników 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.
.....

A		F		Kongo		P		Timor Wschodni	TL	
Afganistan	AF	Falklandy	FK	Demokratyczna		Pakistan	PK	Togo	TG	
Albania	AL	Fidżi	FJ	Republika	CD	Palau	PW	Tokelau	TK	
Algieria	DZ	Filipiny	PH	Koreańska		Palestyna	PS	Tonga	TO	
Andora	AD	Finlandia	FI	Republika Ludowo-		Panama	PA	Trynidad i Tobago	TT	
Angola	AO	Francja	FR	-Demokratyczna	KP	Papua-Nowa Gwinea	PG	Tunezja	TN	
Anguilla	AI	Francuskie		Kostaryka	CR	Paragwaj	PY	Turcja	TR	
Antarktyka	AQ	Terytoria Płd.	TF	Kuba	CU	Peru	PE	Turkmenistan	TM	
Antigua i Barbuda	AG	.....			Kuwejt	KW	Pitcairn	Turks i Caicos	TC
Antyle Holenderskie	AN	G		.....			Polinezja Francuska	Tuvalu	TV
Arabia Saudyjska	SA	Gabon	GA	L		Polska	PL	U		
Argentyna	AR	Gambia	GM	Laos	LA	Portoryko	PR	Uganda	UG	
Armenia	AM	Georgia Płd.		Lesoto	LS	Portugalia	PT	Ukraina	UA	
Aruba	AW	i Sandwich Płd.	GS	Liban	LB			Urugwaj	UY
Australia	AU	Ghana	GH	Liberia	LR	R		Uzbekistan	UZ	
Austria	AT	Gibraltar	GI	Libia	LY	Republika Korei	KR	.....	
Azerbejdżan	AZ	Grecja	GR	Liechtenstein	LI	Republika		V		
.....			Grenada	Litwa	LT	Potudniowej Afryki	ZA	Vanuatu	VU	
B		Grenlandia	GL	Luksemburg	LU	Republika Środkowo-		.....	
Bahamy	BS	Gruzja	GE	.....			-Afrykańska	W	
Bahrajn	BH	Guam	GU	Ł		Republika Zielonego		Wallis i Futuna	WF	
Bangladesz	BD	Gujana	GY	Łotwa	LV	Przylądka	CV	Watykan	VA	
Barbados	BB	Gujana Francuska	GF	.....			Reunion	Wenezuela	VE
Belgia	BE	Gwadelupa	GP	Macedonia	MK	Rosja	RU	Węgry	HU	
Belize	BZ	Gwatemala	GT	Madagaskar	MG	Rumunia	RO	Wielka Brytania	GB	
Benin	BJ	Gwinea	GN	Majotta	YT	Rwanda	RW	Wietnam	VN	
Bermudy	BM	Gwinea Bissau	GW	Makao	MO			Włochy	IT
Bhutan	BT	Gwinea Równikowa	GQ	Malawi	MW	S		Wybrzeże Kości		
Białoruś	BY			Malezja	MV	Sahara Zachodnia	EH	Stoniowej	CI
Birma	MM	H		Mali	ML	Saint Kitts i Nevis	KN	Wyspa Bouveta	BV	
Boliwia	BO	Haiti	HT	Malta	MT	Saint Lucia	LC	.....	
Bośnia i Hercegowina	BA	Hiszpania	ES	Mate Oddalone Wyspy		Saint Pierre i Miquelon	PM	Wyspa		
Botswana	BW	Holandia	NL	Stanów Zjednoczonych	UM	Saint Vincent		Bożego Narodzenia	CX	
Brazylia	BR	Honduras	HN	Mariany Północne	MP	i Grenadyny	VC	Wyspy Cooka	CK	
Brunei Darussalam	BN	Hongkong	HK	Maroko	MA	Salwador	V	Wyspy Dziewicze		
Brytyjskie Terytorium		.....			Martynika	MQ	Samoa	Stanów Zjednoczonych	VI
Oceanu Indyjskiego	IO	I		Mauretania	MR	Samoa Amerykańskie	WS	Wyspy Heard		
Brytyjskie		Indie	IN	Mauritius	MU	San Marino	SM	i McDonalda	HM	
Wyspy Dziewicze	VG	Indonezja	ID	Meksyk	MX	Senegal	SN	Wyspy Kokosowe		
Bułgaria	BG	Irak	IQ	Mikronezja	FM	Serbia	RS	(Keelinga)	CC	
Burkina Faso	BF	Iran	IR	Moldawia	MD	Seszele	SC	Wyspy Marshalla	MH	
Burundi	BI	Irlandia	IE	Monako	MC	Sierra Leone	SL	Wyspy Owcze	FO	
.....			Islandia	Mongolia	MN	Singapur	SG	Wyspy Salomona	SB	
C		Izrael	IL	Montserrat	MS	Stowacja	SK	Wyspy Św. Tomasza		
Chile	CL	.....			Mozambik	MZ	.....		
Chiny	CN	J		N		Słowenia	SI	i Książęca	ST	
Chorwacja	HR	Jamajka	JM	Namibia	NA	Somalia	SO	.....	
Cypr	CY	Japonia	JP	Nauru	NR	Sri Lanka	LK	Zambia	ZM	
Czad	TD	Jemen	YE	Nepal	NP	Stany Zjednoczone	US	Zimbabwe	ZW	
Czarnogóra	ME	Jordania	JO	Niemcy	DE	Suazi	SZ	.....	
Czechy	CZ	.....			Niger	NE	Sudan	SD	Zjednoczone
D		K		Nigeria	NG	Surinam	SR	Emiraty Arabskie	AE	
Dania	DK	Kajmany	KY	Nikaragua	NI	Svalbard i Jan Mayen	SJ	.....	
Dominika	DM	Kambodża	KH	Niue	NU	Syria	SY			
Dominikana	DO	Kamerun	CM	Norfolk	NF	Szwajcaria	CH			
Dżibuti	DJ	Kanada	CA	Norwegia	NO	Szwecja	SE			
.....			Katar	Nowa Kaledonia	NC	.....			
E		Kazachstan	KZ	Nowa Zelandia	NZ	Ś				
Egipt	EG	Kenia	KE	.....			Święta Helena	SH	
Ekwador	EC	Kirgistan	KG	T		Tadżykistan	TJ			
Erytrea	ER	Kiribati	KI	Tajlandia	TH	Tajwan	TW			
Estonia	EE	Kolumbia	CO	Tanzania	TZ					
Etiopia	ET	Komory	KM							
		Kongo	CG	O						
				Oman	OM					
									

1. Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1778, 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 2018 r. poz. 804).
3. Ustawa z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych (Dz.U. z 2017 r. poz. 664, z późn. zm.).
4. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1938, 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, z późn. zm.).
6. Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2017 r. poz. 1065, z późn. zm.).
7. Ustawa z dnia 13 lipca 2006 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy (Dz.U. z 2016 r. poz. 1256, z późn. zm.).
8. Ustawa z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz.U. z 2018 r. poz. 646).

www.zus.pl – Twój przewodnik po ubezpieczeniach społecznych

Na naszej **stronie internetowej** skorzystasz z aktualnych informacji z zakresu ubezpieczeń społecznych.

W dziale „**Biblioteka ZUS**” znajdziesz również wiele **przydatnych publikacji z zakresu ubezpieczeń społecznych**:

- ulotki,
- poradniki,
- informatory,
- książki,
- kwartalnik naukowy „Ubezpieczenia Społeczne. Teoria i praktyka”.

W dziale „**O ZUS**” zamieszczamy także **kalendariusz bezpłatnych szkoleń** organizowanych przez nas dla płatników składek: www.zus.pl/o-zus/kalendarium.

Platforma Usług Elektronicznych: www.zus.pl

PUE to nowoczesna i wygodna forma kontaktu z ZUS, dzięki której zrealizujesz większość spraw związanych z ubezpieczeniami społecznymi bez wychodzenia z domu – przez internet. W ten sposób możesz sprawdzić swoje dane zapisane na indywidualnym koncie w ZUS, przesyłać dokumenty, śledzić stan swoich spraw, a także rezerwować wizyty w naszej placówce



ZAKŁAD
UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

ul. Szamocka 3, 5
01-748 Warszawa

- Platforma Usług Elektronicznych: www.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/name/plus/zus_centrum_obslugi_tel)
 - e-mail: cot@zus.pl

www.zus.pl