

Warszawa, dnia 27 sierpnia 2024 r.

Poz. 1296

**ROZPORZĄDZENIE  
MINISTRA RODZINY, PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ<sup>1)</sup>**

z dnia 23 sierpnia 2024 r.

**zmieniające rozporządzenie w sprawie określenia wzorów zgłoszeń do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego, imiennych raportów miesięcznych i imiennych raportów miesięcznych korygujących, zgłoszeń płatnika składek, deklaracji rozliczeniowych i deklaracji rozliczeniowych korygujących, zgłoszeń danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, raportów informacyjnych, oświadczeń o zamiarze przekazania raportów informacyjnych, informacji o zawartych umowach o dzieło oraz innych dokumentów**

Na podstawie art. 49 ust. 2 i 4 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 497, 863 i 1243) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 20 grudnia 2020 r. w sprawie określenia wzorów zgłoszeń do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego, imiennych raportów miesięcznych i imiennych raportów miesięcznych korygujących, zgłoszeń płatnika składek, deklaracji rozliczeniowych i deklaracji rozliczeniowych korygujących, zgłoszeń danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, raportów informacyjnych, oświadczeń o zamiarze przekazania raportów informacyjnych, informacji o zawartych umowach o dzieło oraz innych dokumentów (Dz. U. z 2023 r. poz. 2032 i 2529) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) załącznik nr 12 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 1 do niniejszego rozporządzenia;
- 2) załącznik nr 16 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 2 do niniejszego rozporządzenia;
- 3) załącznik nr 17 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 3 do niniejszego rozporządzenia;
- 4) załącznik nr 19 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 4 do niniejszego rozporządzenia;
- 5) załącznik nr 20 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 5 do niniejszego rozporządzenia;
- 6) załącznik nr 22 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 6 do niniejszego rozporządzenia;
- 7) w załączniku nr 25 do rozporządzenia w części I „Kod tytułu ubezpieczenia” w dziale 1 „Podmiot podstawowy wraz z rozszerzeniem”:
  - a) po wyrazach „05 13 – osoba niepełnosprawna, która po raz pierwszy podjęła prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej i skorzystała z dofinansowania składek na ubezpieczenia społeczne ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie art. 25 ust. 3b ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, w brzmieniu obowiązującym do dnia 1 stycznia 2008 r., a obecnie ma obowiązek dopłaty składek i przekazuje po dniu 30 czerwca 2008 r. dokumenty rozliczeniowe korygujące za okres do grudnia 2007 r.” dodaje się od nowego wiersza wyrazy „05 14 – osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą zwolniona z opłacania składek, dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi 60 % kwoty prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego”;

---

<sup>1)</sup> Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej kieruje działem administracji rządowej – zabezpieczenie społeczne, na podstawie § 1 ust. 2 pkt 3 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 grudnia 2023 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (Dz. U. poz. 2715).

- b) po wyrazach: „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” dodaje się od nowego wiersza wyrazy „05 74 – osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą zwolniona z opłacania składek, dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi 30 % kwoty minimalnego wynagrodzenia”,
- c) wyrazy „05 90 – osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą niemająca ustalonego prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, dla której podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne uzależniona jest od przychodu” zastępuje się wyrazami „05 90 – osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą niemająca ustalonego prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, dla której podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne uzależniona jest od dochodu”,
- d) wyrazy „05 92 – osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą mająca ustalone prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy, dla której podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne uzależniona jest od przychodu” zastępuje się wyrazami „05 92 – osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą mająca ustalone prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy, dla której podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne uzależniona jest od dochodu”,
- e) po wyrazach „05 92 – osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą mająca ustalone prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy, dla której podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne uzależniona jest od dochodu” dodaje się od nowego wiersza wyrazy „05 94 – osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą zwolniona z opłacania składek, dla której podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne uzależniona jest od dochodu”.

§ 2. Kody tytułu ubezpieczenia określone w § 1 pkt 7 stosuje się do wypełniania dokumentów rozliczeniowych dotyczących okresu od dnia 1 grudnia 2024 r. składanych od stycznia 2025 r.

§ 3. Do dokumentów przekazywanych za okresy przypadające przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia stosuje się kody tytułu ubezpieczenia obowiązujące w okresie, za który dokumenty te zostały złożone.

§ 4. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 września 2024 r., z wyjątkiem § 1 pkt 7, który wchodzi w życie z dniem 1 listopada 2024 r.

Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej: *wz. A. Gajewska*

Załączniki do rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2024 r. (Dz. U. poz. 1296)

Załącznik nr 1

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

|                                |         |           |   |
|--------------------------------|---------|-----------|---|
| ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH | ZUS RCA | strona: 1 | IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH I WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH |
|--------------------------------|---------|-----------|---|

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL <sup>1)</sup>

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

05. Seria i numer dokumentu

06. 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. 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  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 05. Wymiar czasu pracy  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 06. Wymiar czasu pracy  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 07. Składka finansowana przez ubezpieczonego  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 08. Składka finansowana przez płatnika składek  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 09. Składka finansowana przez budżet państwa  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 10. Składka finansowana przez PFRON <sup>3)</sup>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 11. Składka finansowana przez Fundusz Kościelny   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 12. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 13. Kwota wpłaty w ramach pracowniczego planu kapitałowego finansowana przez płatnika składek   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 14. Łączna kwota składek (suma od p. 07 do p. 26)   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Podstawa wymiaru składki

02. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika składek <sup>4)</sup>

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 <sup>5)</sup>

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)

III. E. FORMA OPODATKOWANIA OBOWIĄZUJĄCA W DANYM MIESIĄCU ORAZ PRZYCHÓD I DOCHÓD Z DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ DLA CELÓW WYLICZENIA SKŁADKI MIESIĘCZNEJ NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Forma opodatkowania:  zasady ogólne – podatek według skali

02. Kwota dochodu uzyskanego w miesiącu bezpośrednio poprzedzającym miesiąc, za który dokonywane jest rozliczenie

03. Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne

04. Kwota należnej składki

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

|                                   |                |                  |  |
|-----------------------------------|----------------|------------------|--|
| ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ<br>SPOŁECZNYCH | <b>ZUS RCA</b> | strona: <b>2</b> | <b>IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH<br/>I WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH</b> |
|-----------------------------------|----------------|------------------|--|

|   |  |   |
|---|--|---|
| <p><input type="checkbox"/> 05. Forma opodatkowania:<br/>zasady ogólne – podatek liniowy</p> <p>06. Kwota dochodu uzyskanego w miesiącu bezpośrednio poprzedzającym miesiąc, za który dokonywane jest rozliczenie</p> <p style="text-align: right;">zł , gr</p>             | <p>07. Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne</p> <p style="text-align: right;">zł , gr</p> | <p>08. Kwota należnej składki</p> <p style="text-align: right;">zł , gr</p> |
| <p><input type="checkbox"/> 09. Forma opodatkowania:<br/>karta podatkowa</p> <p>10. Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne</p> <p style="text-align: right;">zł , gr</p>   | <p>11. Kwota należnej składki</p> <p style="text-align: right;">zł , gr</p>                              |   |
| <p><input type="checkbox"/> 12. Forma opodatkowania:<br/>ryczałt od przychodów ewidencjonowanych</p> <p>13. Suma przychodów w bieżącym roku kalendarzowym <sup>6)</sup></p> <p style="text-align: right;">zł , gr</p>   |  |   |
| <p><input type="checkbox"/> 14. Deklaracja opłacania składek na podstawie przychodów uzyskanych w poprzednim roku kalendarzowym (zaznacz X, jeśli chcesz ustalać składkę na ubezpieczenie zdrowotne na podstawie przychodów uzyskanych w poprzednim roku kalendarzowym)</p> |  |   |
| <p>15. Kwota przychodów z działalności gospodarczej uzyskanych w ubiegłym roku kalendarzowym <sup>7)</sup> (podaj w przypadku zaznaczenia p. 14)</p> <p style="text-align: right;">zł , gr</p>  | <p>16. Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne</p> <p style="text-align: right;">zł , gr</p> | <p>17. Kwota należnej składki</p> <p style="text-align: right;">zł , gr</p> |
| <p><input type="checkbox"/> 18. Bez formy opodatkowania</p> <p>19. Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne</p> <p style="text-align: right;">zł , gr</p>  | <p>20. Kwota należnej składki</p> <p style="text-align: right;">zł , gr</p>                              |   |

**III. F. ROCZNE ROZLICZENIE SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE <sup>8)</sup>**

|                          |   |
|--------------------------|---|
| r r r r                  | 01. Rozliczenie składki zdrowotnej za rok   |
| <input type="checkbox"/> | 02. Zmiana formy opodatkowania od stycznia 2022 roku <sup>9)</sup>  |
| <input type="checkbox"/> | 03. Zmiana formy opodatkowania od lipca 2022 roku <sup>10)</sup>  |
| <input type="checkbox"/> | 04. Forma opodatkowania: zasady ogólne – podatek według skali   |
|                          | 05. Kwota dochodu osiągniętego z działalności gospodarczej w roku, którego dotyczy roczne rozliczenie                 |
|                          | zł , gr   |
|                          | 06. Kwota należnego podatku za rok, za który dokonywane jest roczne rozliczenie <sup>11)</sup>                        |
|                          | zł , gr   |
|                          | 07. Roczna podstawa wymiaru składki   |
|                          | zł , gr   |
|                          | 08. Roczna składka  |
|                          | zł , gr   |
|                          | 09. Suma miesięcznych należnych składek wynikająca ze złożonych dokumentów za rok, którego dotyczy roczne rozliczenie |
|                          | zł , gr   |
|                          | 10. Kwota do dopłaty (p. 08 – p. 09) <sup>12)</sup>   |
|                          | zł , gr   |
|                          | 11. Kwota do zwrotu (p. 09 – p. 08) <sup>13)</sup>  |
|                          | zł , gr   |
| <input type="checkbox"/> | 12. Forma opodatkowania: zasady ogólne – podatek liniowy  |
|                          | 13. Kwota dochodu osiągniętego z działalności gospodarczej w roku, którego dotyczy roczne rozliczenie                 |
|                          | zł , gr   |
|                          | 14. Roczna podstawa wymiaru składki   |
|                          | zł , gr   |
|                          | 15. Roczna składka  |
|                          | zł , gr   |
|                          | 16. Suma miesięcznych należnych składek wynikająca ze złożonych dokumentów za rok, którego dotyczy roczne rozliczenie |
|                          | zł , gr   |
|                          | 17. Kwota do dopłaty (p. 15 – p. 16) <sup>12)</sup>   |
|                          | zł , gr   |
|                          | 18. Kwota do zwrotu (p. 16 – p. 15) <sup>13)</sup>  |
|                          | zł , gr   |

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

|                                   |                |           |  |
|-----------------------------------|----------------|-----------|--|
| ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ<br>SPOŁECZNYCH | <b>ZUS RCA</b> | strona: 3 | <b>IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH<br/>I WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH</b> |
|-----------------------------------|----------------|-----------|--|

19. Forma opodatkowania: ryczałt od przychodów ewidencjonowanych

20. Kwota przychodów osiągniętych z działalności gospodarczej w roku, którego dotyczy roczne rozliczenie

21. Roczna podstawa wymiaru składki

22. Roczna składka

23. Suma miesięcznych należnych składek wynikająca ze złożonych dokumentów za rok, którego dotyczy roczne rozliczenie

24. Kwota do dopłaty (p. 22 – p. 23)<sup>12)</sup>

25. Kwota do zwrotu (p. 23 – p. 22)<sup>13)</sup>

**ŁĄCZNA KWOTA DO DOPLATY ALBO DO ZWROTU Z ROZLICZENIA ROCZNEGO<sup>14)</sup>**

26. Łączna kwota do dopłaty

27. Łączna kwota do zwrotu

#### 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 składek lub osoby upoważnionej

\_\_\_\_\_

03. Pieczęć płatnika składek

\_\_\_\_\_

#### V. ADNOTACJE ZUS

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

<sup>2)</sup> Pole wypełniasz, tylko gdy korzystasz ze zwolnienia z obowiązku opłacania składek na ubezpieczenie chorobowe, na mocy ustawy z dnia 9 maja 2024 r. o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2024 r. poz. 863).

<sup>3)</sup> Pól nie wypełnia się w dokumentach za okres od stycznia 2008 r., a w razie składania korekt za okres do grudnia 2007 r. może zostać wykazana kwota nie wyższa od kwoty dofinansowania uwzględnionego w raporcie za ten okres, złożonym nie później niż w dniu 30 czerwca 2008 r.

<sup>4)</sup> W tym polu należy także wykazać kwotę składki finansowaną z budżetu państwa, jeśli dotację otrzymuje płatnik składek.

<sup>5)</sup> 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.

<sup>6)</sup> Kwota przychodów osiągniętych od początku roku kalendarzowego do końca miesiąca, za który dokonywane jest rozliczenie.

<sup>7)</sup> Kwota rocznych przychodów w rozumieniu art. 81 ust. 2h ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.).

<sup>8)</sup> Roczne rozliczenie składki na ubezpieczenie zdrowotne dokonujesz począwszy od 1 maja 2023 r.

<sup>9)</sup> Zmiana formy opodatkowania na podstawie art. 14–15 ustawy z dnia 9 czerwca 2022 r. o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2022 r. poz. 1265, z późn. zm.).

<sup>10)</sup> Zmiana formy opodatkowania na podstawie art. 17 ustawy z dnia 9 czerwca 2022 r. o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz niektórych innych ustaw.

<sup>11)</sup> Pole wypełniasz wyłącznie w sytuacji, gdy w roku, którego dotyczy roczne rozliczenie, stosowałeś obniżenie składki na ubezpieczenie zdrowotne do wysokości zaliczki na podatek zgodnie z art. 82 ust. 10 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

<sup>12)</sup> Wypełnij, jeśli składka roczna jest większa od sumy miesięcznych należnych składek wynikających ze złożonych dokumentów za rok, którego dotyczy roczne rozliczenie.

<sup>13)</sup> Wypełnij, jeśli składka roczna jest mniejsza od sumy miesięcznych należnych składek wynikających ze złożonych dokumentów za rok, którego dotyczy roczne rozliczenie.

<sup>14)</sup> Podajesz wyłącznie jedną kwotę: do dopłaty (p. 26) albo do zwrotu (p. 27). Jeśli w roku, który rozliczasz, stosowałeś jedną formę opodatkowania, wpisz ustaloną dla niej kwotę dopłaty albo zwrotu. Jeśli stosowałeś kilka form opodatkowania (skala podatkowa, podatek liniowy, ryczałt od przychodów ewidencjonowanych), wpisz ustaloną dla nich różnicę kwot dopłat i zwrotu.

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

|                                |         |           |  |
|--------------------------------|---------|-----------|--|
| ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH | ZUS RPA | strona: 1 | IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O PRZYCHODACH UBEZPIECZONEGO/ OKRESACH PRACY NAUCZYCIELSKIEJ |
|--------------------------------|---------|-----------|--|

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL <sup>1)</sup>

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

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

05. Kod tytułu ubezpieczenia

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

|  |                                |
|--|--------------------------------|
| 01. Przychód za rok <input type="text"/> | 02. Kwota <input type="text"/> |
| 03. Przychód za rok <input type="text"/> | 04. Kwota <input type="text"/> |
| 05. Przychód za rok <input type="text"/> | 06. Kwota <input type="text"/> |

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

|  |                                |
|--|--------------------------------|
| 01. Przychód za rok <input type="text"/> | 02. Kwota <input type="text"/> |
| 03. Przychód za rok <input type="text"/> | 04. Kwota <input type="text"/> |
| 05. Przychód za rok <input type="text"/> | 06. Kwota <input type="text"/> |

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

01. Kwota

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

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

|  |                                |
|--|--------------------------------|
| 01. Przychód za rok <input type="text"/> | 02. Kwota <input type="text"/> |
| 03. Przychód za rok <input type="text"/> | 04. Kwota <input type="text"/> |
| 05. Przychód za rok <input type="text"/> | 06. Kwota <input type="text"/> |

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

|                                   |         |           |   |
|-----------------------------------|---------|-----------|---|
| ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ<br>SPOŁECZNYCH | ZUS RPA | strona: 2 | IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O PRZYCHODACH UBEZPIECZONEGO/<br>OKRESACH PRACY NAUCZYCIELSKIEJ |
|-----------------------------------|---------|-----------|---|

**III. F. OKRESY WYKONYWANIA PRACY NAUCZYCIELSKIEJ<sup>2)</sup>**

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

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

**III. G. OKRESY WYKONYWANIA PRACY NAUCZYCIELSKIEJ – KARTA NAUCZYCIELA<sup>3)</sup>**

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

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

**IV. OŚWIADCZENIE 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 zatajenia prawdy.

|  |                      |
|--|----------------------|
| 02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej | 03. Pieczęć płatnika |
|--|----------------------|

<sup>1)</sup> Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.  
<sup>2)</sup> Okres wykonywania pracy nauczycielskiej w placówkach, o których mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 22 maja 2009 r. o nauczycielskich świadczeniach kompensacyjnych (Dz.U. z 2024 r. poz. 245).  
<sup>3)</sup> Okresy wykonywania pracy nauczycielskiej w placówkach, o których mowa w art. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta nauczyciela (Dz.U. z 2023 r. poz. 984, z późn. zm.).

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

|  |   |   |  |  |
|--|---|---|--|--|
| <b>ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH</b>  | <b>ZUS DRA</b>  | strona: 1   | <b>DEKLARACJA ROZLICZENIOWA</b>              |  |
| <b>I. DANE ORGANIZACYJNE</b>   |   |   |  |  |
| 01. Termin przysyłania deklaracji i raportów   | 02. Identyfikator deklaracji (numer / mm / rrrr)  | 05. Znak i numer decyzji pokontrolnej                             |  |  |
| 03. Data nadania (dd / mm / rrrr)  | 04. Nalepka „R”   |   |  |  |
| <b>II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK</b>   |   |   |  |  |
| 01. Numer NIP (wisać bez kresek)   | 02. Numer REGON   |   |  |  |
| 03. Numer PESEL <sup>1)</sup>  | 04. Rodzaj dokumentu:<br>jeśli dowód osobisty, wpisać 1,<br>jeśli paszport - 2  |   | 05. Seria i numer dokumentu                  |  |
| 06. Nazwa skrócona   |   |   |  |  |
| 07. Nazwisko   |   |   |  |  |
| 08. Imię pierwsze  |   |   | 09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)          |  |
| <b>III. INNE INFORMACJE</b>  |   |   |  |  |
| 01. Liczba ubezpieczonych  | 02. Wniosek pracodawcy o dofinansowanie składek za osoby niepełnosprawne ze środków PFRON i budżetu państwa <sup>2)</sup> | 03. Stopa procentowa składek na ubezpieczenie wypadkowe           |  |  |
|  |   | %   |  |  |
| <b>IV. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE ORAZ ŹRÓDEŁ FINANSOWANIA</b>                           |   |   |  |  |
| <b>SUMY SKŁADEK</b>  | 01. Kwota składek na ubezpieczenie emerytalne   |   | 02. Kwota składek na ubezpieczenia rentowe   | 03. Suma kwot składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe  |
|  | 04. ubezpieczonych  |   | 05. ubezpieczonych                           | 06. (p. 04 + p. 05)  |
|  | 07. płatnika składek  |   | 08. płatnika składek                         | 09. (p. 07 + p. 08)  |
|  | 10. budżet państwa  |   | 11. budżet państwa                           | 12. (p. 10 + p. 11)  |
|  | 13. PFRON <sup>2)</sup>   |   | 14. PFRON <sup>2)</sup>                      | 15. (p. 13 + p. 14)  |
|  | 16. Fundusz Kościelny   |   | 17. Fundusz Kościelny                        | 18. (p. 16 + p. 17)  |
|  |   |   |  |  |
| <b>SUMY SKŁADEK</b>  | 19. Kwota składek na ubezpieczenie chorobowe  |   | 20. Kwota składek na ubezpieczenie wypadkowe | 21. Suma kwot składek na ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe |
|  | 22. ubezpieczonych  |   | 23. ubezpieczonych                           | 24. (p. 22 + p. 23)  |
|  | 25. płatnika składek  |   | 26. płatnika składek                         | 27. (p. 25 + p. 26)  |
|  | 28. budżet państwa  |   | 29. budżet państwa                           | 30. (p. 28 + p. 29)  |
|  | 31. PFRON <sup>2)</sup>   |   | 32. PFRON <sup>2)</sup>                      | 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 składek (p. 06 + p. 09 + p. 24 + p. 27) |   |   |  |  |
| <b>V. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ PODLEGAJĄCYCH ROZLICZENIU W CIĘŻAR SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE</b>      |   |   |  |  |
| 01. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego  |   | 03. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego       |  |  |
| 02. Kwota wynagrodzenia należnego płatnikowi składek od wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego              |   | 04. Kwota wypłaconych świadczeń finansowanych z FUS <sup>4)</sup> |  |  |
| 05. Łączna kwota do potrącenia (p. 01 + p. 02 + p. 03 + p. 04)   |   |   |  |  |



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

|                                   |                |                  |                                 |
|-----------------------------------|----------------|------------------|---------------------------------|
| ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ<br>SPOŁECZNYCH | <b>ZUS DRA</b> | strona: <b>2</b> | <b>DEKLARACJA ROZLICZENIOWA</b> |
|-----------------------------------|----------------|------------------|---------------------------------|

**VI. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE**

|   |         |
|---|---------|
| 01. Kwota należnych składek finansowana przez płatnika składek <sup>5)</sup>      | zł , gr |
| 02. Kwota należnych składek finansowana przez ubezpieczonych                      | zł , gr |
| 03. Kwota należnych składek finansowana przez Fundusz Kościelny                   | zł , gr |
| 04. Kwota należnych składek finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS     | zł , gr |
| 05. Kwota należnych składek do przekazania przez płatnika składek (p. 01 + p. 02) | zł , gr |
| 06. Kwota należnego wynagrodzenia dla płatnika składek <sup>6)</sup>              | zł , gr |
| 07. Kwota do zapłaty (p. 05 – p. 06)  | zł , gr |

**VII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FP I FS ORAZ FGŚP**

|  |         |
|--|---------|
| 01. Kwota należnych składek na Fundusz Pracy i Fundusz Solidarnościowy <sup>7)</sup> | zł , gr |
| 02. Kwota należnych składek na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych        | zł , gr |
| 03. Kwota do zapłaty (p. 01 + p. 02)   | zł , gr |

**VIII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FUNDUSZ EMERYTUR POMOSTOWYCH**

|  |         |
|--|---------|
| 01. Liczba pracowników, za których jest opłacana składka na Fundusz Emerytur Pomostowych | zł , gr |
| 02. Liczba stanowisk pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze        | zł , gr |
| 03. Suma należnych składek na Fundusz Emerytur Pomostowych                               | zł , gr |

**IX. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK DO ZWROTU/ZAPŁATY (p. IV.37 + p. VI.07 + p. VII.03 + p. VIII.03 – p. V.05)**

|   |         |
|---|---------|
| 01. Kwota do zwrotu przez ZUS <sup>8)</sup> | zł , gr |
| 02. Kwota do zapłaty                        | zł , gr |

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

|   |         |
|---|---------|
| 01. Kod tytułu ubezpieczenia  | zł , gr |
| 02. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe                                    | zł , gr |
| 03. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe   | zł , gr |
| 04. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie wypadkowe   | zł , gr |
| 05. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne   | zł , gr |
| 06. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe | zł , gr |

**XI. FORMA OPODATKOWANIA OBOWIĄZUJĄCA W DANYM MIESIĄCU ORAZ PRZYCHÓD I DOCHÓD Z DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ DLA CELÓW WYLICZENIA SKŁADKI MIESIĘCZNEJ NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE**

|   |   |                            |
|---|---|----------------------------|
| 01. Forma opodatkowania: zasady ogólne – podatek według skali   | 03. Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne | 04. Kwota należnej składki |
| 02. Kwota dochodu uzyskanego w miesiącu bezpośrednio poprzedzającym miesiąc, za który dokonywane jest rozliczenie | zł , gr   | zł , gr                    |
| 05. Forma opodatkowania: zasady ogólne – podatek liniowy  | 07. Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne | 08. Kwota należnej składki |
| 06. Kwota dochodu uzyskanego w miesiącu bezpośrednio poprzedzającym miesiąc, za który dokonywane jest rozliczenie | zł , gr   | zł , gr                    |
| 09. Forma opodatkowania: karta podatkowa  | 10. Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne | 11. Kwota należnej składki |
| 10. Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne   | zł , gr   | zł , gr                    |

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

|                                   |         |           |                          |
|-----------------------------------|---------|-----------|--------------------------|
| ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ<br>SPOŁECZNYCH | ZUS DRA | strona: 3 | DEKLARACJA ROZLICZENIOWA |
|-----------------------------------|---------|-----------|--------------------------|

12. Forma opodatkowania: ryczałt od przychodów ewidencjonowanych

13. Suma przychodów w bieżącym roku kalendarzowym <sup>9)</sup>

zł , gr

14. Deklaracja opłacania składek na podstawie przychodów uzyskanych w poprzednim roku kalendarzowym (zaznacz X, jeśli chcesz ustalać składkę na ubezpieczenie zdrowotne na podstawie przychodów uzyskanych w poprzednim roku kalendarzowym)

15. Kwota przychodów z działalności gospodarczej uzyskanych w ubiegłym roku kalendarzowym <sup>10)</sup> (podaj w przypadku zaznaczenia p. 14)

zł , gr

16. Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne

zł , gr

17. Kwota należnej składki

zł , gr

18. Bez formy opodatkowania

19. Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne

zł , gr

20. Kwota należnej składki

zł , gr

**XII. ROCZNE ROZLICZENIE SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE <sup>11)</sup>**

01. Rozliczenie składki zdrowotnej za rok

r r r r

02. Zmiana formy opodatkowania od stycznia 2022 roku <sup>12)</sup>

03. Zmiana formy opodatkowania od lipca 2022 roku <sup>13)</sup>

04. Forma opodatkowania: zasady ogólne – podatek według skali

05. Kwota dochodu osiągniętego z działalności gospodarczej w roku, którego dotyczy roczne rozliczenie

zł , gr

06. Kwota należnego podatku za rok, za który dokonywane jest roczne rozliczenie <sup>14)</sup>

zł , gr

07. Roczna podstawa wymiaru składki

zł , gr

08. Roczna składka

zł , gr

09. Suma miesięcznych należnych składek wynikająca ze złożonych dokumentów za rok, którego dotyczy roczne rozliczenie

zł , gr

10. Kwota do dopłaty (p. 08 – p. 09) <sup>15)</sup>

zł , gr

11. Kwota do zwrotu (p. 09 – p. 08) <sup>16)</sup>

zł , gr

12. Forma opodatkowania: zasady ogólne – podatek liniowy

13. Kwota dochodu osiągniętego z działalności gospodarczej w roku, którego dotyczy roczne rozliczenie

zł , gr

14. Roczna podstawa wymiaru składki

zł , gr

15. Roczna składka

zł , gr

16. Suma miesięcznych należnych składek wynikająca ze złożonych dokumentów za rok, którego dotyczy roczne rozliczenie

zł , gr

17. Kwota do dopłaty (p. 15 – p. 16) <sup>15)</sup>

zł , gr

18. Kwota do zwrotu (p. 16 – p. 15) <sup>16)</sup>

zł , gr

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

|                                   |         |           |                          |
|-----------------------------------|---------|-----------|--------------------------|
| ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ<br>SPOŁECZNYCH | ZUS DRA | strona: 4 | DEKLARACJA ROZLICZENIOWA |
|-----------------------------------|---------|-----------|--------------------------|

19. Forma opodatkowania: ryczałt od przychodów ewidencjonowanych

20. Kwota przychodów osiągniętych z działalności gospodarczej w roku, którego dotyczy roczne rozliczenie

21. Roczna podstawa wymiaru składki

22. Roczna składka

23. Suma miesięcznych należnych składek wynikająca ze złożonych dokumentów za rok, którego dotyczy roczne rozliczenie

24. Kwota do dopłaty (p. 22 – p. 23)<sup>15)</sup>

25. Kwota do zwrotu (p. 23 – p. 22)<sup>16)</sup>

ŁĄCZNA KWOTA DO DOPLATY ALBO DO ZWROTU Z ROZLICZENIA ROCZNEGO<sup>17)</sup>

26. Łączna kwota do dopłaty

27. Łączna kwota do zwrotu

### XIII. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

\_\_\_\_\_

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

02. Podpis płatnika składek lub osoby upoważnionej

03. Pieczęć płatnika składek

Pouczenie: W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. IX.02 lub wpłacania jej w niepełnej wysokości niniejsza deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz. U. z 2022 r. poz. 479, z późn. zm.)

### XIV. ADNOTACJE ZUS

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

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

<sup>3)</sup> Pole wypełniasz, tylko gdy korzystasz ze zwolnienia z obowiązku opłacania składek na ubezpieczenie chorobowe, na mocy ustawy z dnia 9 maja 2024 r. o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2024 r. poz. 863).

<sup>4)</sup> W polu należy wykazać wypłacaną za okres od stycznia 2016 r. kwotę podwyższenia zasiłku macierzyńskiego do wysokości kwoty świadczenia rodzicielskiego finansowanego z funduszu chorobowego.

<sup>5)</sup> W polu tym należy także wykazać kwotę składek finansowanych z budżetu państwa, jeżeli dotację otrzymuje płatnik składek.

<sup>6)</sup> Za okres od 1 kwietnia 2003 r. płatnik składek nie ma prawa do wynagrodzenia za rozliczenie składek na ubezpieczenie zdrowotne.

<sup>7)</sup> Za okres od stycznia 2019 r. kwotę należnych składek stanowi suma stóp procentowych na Fundusz Pracy i Solidarnościowy Fundusz Wsparcia Osób Niepełnosprawnych, a od stycznia 2020 r. na Fundusz Pracy i Fundusz Solidarnościowy.

<sup>8)</sup> Kwota nadpłaty, zgodnie z art. 24 ust. 6a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 497, z późn. zm.), podlega zaliczeniu przez Zakład z urzędu na poczet zaległych lub bieżących składek, a w razie ich braku na poczet przyszłych składek, chyba że płatnik składek złoży wniosek o zwrot składek.

<sup>9)</sup> Kwota przychodów osiągniętych od początku roku kalendarzowego do końca miesiąca, za który dokonywane jest rozliczenie.

<sup>10)</sup> Kwota rocznych przychodów w rozumieniu art. 81 ust. 2h ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.).

<sup>11)</sup> Roczne rozliczenie składki na ubezpieczenie zdrowotne dokonujesz począwszy od 1 maja 2023 r.

<sup>12)</sup> Zmiana formy opodatkowania na podstawie art. 14–15 ustawy z dnia 9 czerwca 2022 r. o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2022 r. poz. 1265, z późn. zm.).

<sup>13)</sup> Zmiana formy opodatkowania na podstawie art. 17 ustawy z dnia 9 czerwca 2022 r. o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz niektórych innych ustaw.

<sup>14)</sup> Pole wypełniasz wyłącznie w sytuacji, gdy w roku, którego dotyczy roczne rozliczenie, stosowałeś obniżenie składki na ubezpieczenie zdrowotne do wysokości zaliczki na podatek zgodnie z art. 82 ust. 10 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

<sup>15)</sup> Wypełnij, jeśli składka roczna jest większa od sumy miesięcznych należnych składek wynikających ze złożonych dokumentów za rok, którego dotyczy roczne rozliczenie.

<sup>16)</sup> Wypełnij, jeśli składka roczna jest mniejsza od sumy miesięcznych należnych składek wynikających ze złożonych dokumentów za rok, którego dotyczy roczne rozliczenie.

<sup>17)</sup> Podajesz wyłącznie jedną kwotę: do dopłaty (p. 26) albo do zwrotu (p. 27). Jeśli w roku, który rozliczasz, stosowałeś jedną formę opodatkowania, wpis ustaloną dla niej kwotę dopłaty albo zwrotu. Jeśli stosowałeś kilka form opodatkowania (skala podatkowa, podatek liniowy, ryczałt od przychodów ewidencjonowanych), wpis ustaloną dla nich różnicę kwot dopłat i zwrotu.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH strona: 1 INFORMACJA MIESIĘCZNA DLA OSOBY UBEZPIECZONEJ

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

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

III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

III. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

| UBEZPIECZENIE   | EMERYTALNE  | RENTOWE   | CHOROBY   | WYPADKOWE |
|---|-------------|---|---|-----------|
| 01. Kod tytułu ubezpieczenia  | 02. Kod NFZ | 03. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe | 04. Wymiar czasu                                |           |
| 05. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI  | 06.         | 07.   |   |           |
| SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:  |             |   |   |           |
| ubezpieczonych  | 08.         | 09.   | 10.   | 11.       |
| płatnika składek  | 12.         | 13.   | 14.   | 15.       |
| budżet państwa  | 16.         | 17.   | 18.   | 19.       |
| PFRON <sup>2)</sup>   | 20.         | 21.   | 22.   | 23.       |
| Fundusz Kościelny   | 24.         | 25.   | 26.   | 27.       |
| 28. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego |             |   |   |           |
| 29. Kwota wpłaty w ramach pracowniczego planu kapitałowego finansowana przez płatnika składek   |             |   | 30. Łączna kwota składek (suma od p.08 do p.27) |           |

III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Podstawa wymiaru składki  
 02. Kwota należnej składki finansowanej przez płatnika składek<sup>3)</sup>  
 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. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

III. D. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ I WYNNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBY 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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH strona: 2 INFORMACJA MIESIĘCZNA DLA OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

|                         |               |
|-------------------------|---------------|
| 01. Przychód za rok<br> | 02. Kwota<br> |
| 03. Przychód za rok<br> | 04. Kwota<br> |
| 05. Przychód za rok<br> | 06. Kwota<br> |

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

|                         |               |
|-------------------------|---------------|
| 01. Przychód za rok<br> | 02. Kwota<br> |
| 03. Przychód za rok<br> | 04. Kwota<br> |
| 05. Przychód za rok<br> | 06. Kwota<br> |

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

01. Kwota

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

|                         |               |
|-------------------------|---------------|
| 01. Przychód za rok<br> | 02. Kwota<br> |
| 03. Przychód za rok<br> | 04. Kwota<br> |
| 05. Przychód za rok<br> | 06. Kwota<br> |

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

|                                  |                                  |                      |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------------|
| 01. Okres od (dd / mm / rrr)<br> | 02. Okres do (dd / mm / rrr)<br> | 03. Wymiar zajęć<br> |
| 04. Okres od (dd / mm / rrr)<br> | 05. Okres do (dd / mm / rrr)<br> | 06. Wymiar zajęć<br> |

III. J. OKRESY WYKONYWANIA PRACY NAUCZYCIELSKIEJ – KARTA NAUCZYCIELA <sup>5)</sup>

|                                  |                                  |                      |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------------|
| 01. Okres od (dd / mm / rrr)<br> | 02. Okres do (dd / mm / rrr)<br> | 03. Wymiar zajęć<br> |
| 04. Okres od (dd / mm / rrr)<br> | 05. Okres do (dd / mm / rrr)<br> | 06. Wymiar zajęć<br> |

IV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrr)

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

02. Podpis płatnika składek lub osoby przez niego upoważnionej oraz pieczęć adresowa płatnika składek

1) Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.  
 2) Pól nie wypełnia się w dokumentach za okres od stycznia 2008 r., a w razie składania korekt za okres do grudnia 2007 r. może zostać wykazana kwota nie wyższa od kwoty dofinansowania uwzględnionego w raporcie za ten okres, złożonym nie później niż w dniu 30 czerwca 2008 r.  
 3) W tym polu należy także wykazać kwotę składki finansowaną z budżetu państwa, jeżeli dotację otrzymuje płatnik składek.  
 4) Okres wykonywania pracy nauczycielskiej w placówkach, o których mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 22 maja 2009 r. o nauczycielskich świadczeniach kompensacyjnych (Dz.U. z 2018 r. poz. 128).  
 5) Okres wykonywania pracy nauczycielskiej w placówkach, o których mowa w art. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta nauczyciela (Dz.U. z 2023 r. poz. 984, z późn. zm.).

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH strona: 1 **INFORMACJA ROCZNA DLA OSOBY UBEZPIECZONEJ**

**I. DANE ORGANIZACYJNE**

01. Identyfikator raportu (numer/rrrr)

**II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK**

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP  02. Numer REGON   
 03. Numer PESEL<sup>1)</sup>  04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisz 1, jeśli paszport - 2  05. Senia i numer dokumentu   
 06. Nazwisko  07. Imię pierwsze   
 08. Nazwa skrócona  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  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"/>     | <input type="text"/>   | <input type="text"/>     |
| 06. SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:  |                          |                          |  |                          |
| ubezpieczonych  | 08. <input type="text"/> | 09. <input type="text"/> | 10. <input type="text"/>   | 11. <input type="text"/> |
| płatnika składek  | 12. <input type="text"/> | 13. <input type="text"/> | 14. <input type="text"/>   | 15. <input type="text"/> |
| budżetu państwa   | 16. <input type="text"/> | 17. <input type="text"/> | 18. <input type="text"/>   | 19. <input type="text"/> |
| PFRON <sup>2)</sup>   | 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. Kwota wpłaty w ramach pracowniczego planu kapitałowego finansowana przez płatnika składek   | <input type="text"/>     |                          | 30. Łączna kwota składek (suma od p.08 do p.27) <input type="text"/> |                          |

**III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE**

01. Podstawa wymiaru składki   
 02. Kwota należnej składki finansowanej przez płatnika składek<sup>3)</sup>   
 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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH strona: 2 **INFORMACJA ROCZNA DLA OSOBY UBEZPIECZONEJ**

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

|                         |               |
|-------------------------|---------------|
| 01. Przychód za rok<br> | 02. Kwota<br> |
| 03. Przychód za rok<br> | 04. Kwota<br> |
| 05. Przychód za rok<br> | 06. Kwota<br> |

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

|                         |               |
|-------------------------|---------------|
| 01. Przychód za rok<br> | 02. Kwota<br> |
| 03. Przychód za rok<br> | 04. Kwota<br> |
| 05. Przychód za rok<br> | 06. Kwota<br> |

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

01. Kwota

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

|                         |               |
|-------------------------|---------------|
| 01. Przychód za rok<br> | 02. Kwota<br> |
| 03. Przychód za rok<br> | 04. Kwota<br> |
| 05. Przychód za rok<br> | 06. Kwota<br> |

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

|                                   |                                   |                      |
|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------|
| 01. Okres od (dd / mm / rrrr)<br> | 02. Okres do (dd / mm / rrrr)<br> | 03. Wymiar zajęć<br> |
| 04. Okres od (dd / mm / rrrr)<br> | 05. Okres do (dd / mm / rrrr)<br> | 06. Wymiar zajęć<br> |

**III. J. OKRESY WYKONYWANIA PRACY NAUCZYCIELSKIEJ – KARTA NAUCZYCIELA <sup>5)</sup>**

|                                   |                                   |                      |
|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------|
| 01. Okres od (dd / mm / rrrr)<br> | 02. Okres do (dd / mm / rrrr)<br> | 03. Wymiar zajęć<br> |
| 04. Okres od (dd / mm / rrrr)<br> | 05. Okres do (dd / mm / rrrr)<br> | 06. Wymiar zajęć<br> |

**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 pieczętka adresowa płatnika składek

<sup>1)</sup> Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.  
<sup>2)</sup> 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 raporcie za ten okres, złożonym nie później niż w dniu 30 czerwca 2008 r.  
<sup>3)</sup> W polu tym należy także wykazać kwotę składki finansowaną z budżetu państwa, jeżeli dotację otrzymuje płatnik składek.  
<sup>4)</sup> Okres wykonywania pracy nauczycielskiej w placówkach, o których mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 22 maja 2009 r. o nauczycielskich świadczeniach kompensacyjnych (Dz.U. z 2018 r. poz. 128).  
<sup>5)</sup> Okres wykonywania pracy nauczycielskiej w placówkach, o których mowa w art. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta nauczyciela (Dz.U. z 2023 r. poz. 984, z późn. zm.).

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

|                                   |                |           |                            |
|-----------------------------------|----------------|-----------|----------------------------|
| ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ<br>SPOŁECZNYCH | <b>ZUS RIA</b> | strona: 1 | <b>RAPORT INFORMACYJNY</b> |
|-----------------------------------|----------------|-----------|----------------------------|

**I. DANE ORGANIZACYJNE**

01. Dokument przekazany pierwszorazowo (wpisać - 1)/ korekta (wpisać - 2)

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 <sup>10</sup>

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. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ**

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

**IV. ROZWIĄZANIE / WYGAŚNIĘCIE OSTATNIEGO STOSUNKU PRACY / STOSUNKU SŁUŻBOWEGO**

01. Data (dd / mm / rrrr)

02. Kod wygaśnięcia / kod trybu rozwiązania  
stosunku pracy / stosunku służbowego

03. Kod podstawy prawnej rozwiązania / wygaśnięcia  
stosunku pracy / stosunku służbowego

04. Jeśli w polu 03 podałeś kod 550 - wpisz podstawę prawną rozwiązania / wygaśnięcia stosunku pracy / stosunku służbowego

05. Strona z inicjały, której nastąpiło rozwiązanie stosunku pracy  
jeśli PRACOWNIK wpisz 1, jeśli PRACODAWCA - 2

**V. KWOTA PRZYCHODU NALEŻNEGO ZA INNY ROK KALENDARZOWY NIŻ ROK, W KTÓRYM ZOSTAŁ WYPŁACONY, A PRZYCHÓD TEN STANOWIŁ PODSTAWĘ WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE - ZA OKRES OD 1.01.1999 r. DO 31.12.2018 r.**

DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

|                                      |  |   |
|--------------------------------------|--|---|
| 01. Rok wypłaty <input type="text"/> | 02. Przychód za rok <input type="text"/> | 03. Kwota <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr |
| 04. Rok wypłaty <input type="text"/> | 05. Przychód za rok <input type="text"/> | 06. Kwota <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr |
| 07. Rok wypłaty <input type="text"/> | 08. Przychód za rok <input type="text"/> | 09. Kwota <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr |
| 10. Rok wypłaty <input type="text"/> | 11. Przychód za rok <input type="text"/> | 12. Kwota <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr |
| 13. Rok wypłaty <input type="text"/> | 14. Przychód za rok <input type="text"/> | 15. Kwota <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr |
| 16. Rok wypłaty <input type="text"/> | 17. Przychód za rok <input type="text"/> | 18. Kwota <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr |
| 19. Rok wypłaty <input type="text"/> | 20. Przychód za rok <input type="text"/> | 21. Kwota <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr |
| 22. Rok wypłaty <input type="text"/> | 23. Przychód za rok <input type="text"/> | 24. Kwota <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr |
| 25. Rok wypłaty <input type="text"/> | 26. Przychód za rok <input type="text"/> | 27. Kwota <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr |
| 28. Rok wypłaty <input type="text"/> | 29. Przychód za rok <input type="text"/> | 30. Kwota <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr |
| 31. Rok wypłaty <input type="text"/> | 32. Przychód za rok <input type="text"/> | 33. Kwota <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr |
| 34. Rok wypłaty <input type="text"/> | 35. Przychód za rok <input type="text"/> | 36. Kwota <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr |
| 37. Rok wypłaty <input type="text"/> | 38. Przychód za rok <input type="text"/> | 39. Kwota <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr |
| 40. Rok wypłaty <input type="text"/> | 41. Przychód za rok <input type="text"/> | 42. Kwota <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr |
| 43. Rok wypłaty <input type="text"/> | 44. Przychód za rok <input type="text"/> | 45. Kwota <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr |



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

| ZAKŁAD UBEZPIECZENIA<br>SPOŁECZNYCH  | ZUS RIA             | strona: 2 | RAPORT INFORMACYJNY |  |  |
|--|---------------------|-----------|---------------------|--|--|
| 46. Rok wypłaty  | 47. Przychód za rok | 48. Kwota |                     |  |  |
| 49. Rok wypłaty  | 50. Przychód za rok | 51. Kwota |                     |  |  |
| 52. Rok wypłaty  | 53. Przychód za rok | 54. Kwota |                     |  |  |
| 55. Rok wypłaty  | 56. Przychód za rok | 57. Kwota |                     |  |  |
| 58. Rok wypłaty  | 59. Przychód za rok | 60. Kwota |                     |  |  |
| <p><b>VI. KWOTA PRZYCHODU NALEŻNEGO ZA INNY ROK KALENDARZOWY NIŻ ROK, W KTÓRYM ZOSTAŁ WYPŁACONY, A PRZYCHÓD TEN STANOWIŁ PODSTAWĘ WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE WYPADKOWE – ZA OKRES OD 1.01.1999 r. DO 31.12.2018 r.</b></p>   |                     |           |                     |  |  |
| 01. Rok wypłaty  | 02. Przychód za rok | 03. Kwota |                     |  |  |
| 04. Rok wypłaty  | 05. Przychód za rok | 06. Kwota |                     |  |  |
| 07. Rok wypłaty  | 08. Przychód za rok | 09. Kwota |                     |  |  |
| 10. Rok wypłaty  | 11. Przychód za rok | 12. Kwota |                     |  |  |
| 13. Rok wypłaty  | 14. Przychód za rok | 15. Kwota |                     |  |  |
| 16. Rok wypłaty  | 17. Przychód za rok | 18. Kwota |                     |  |  |
| 19. Rok wypłaty  | 20. Przychód za rok | 21. Kwota |                     |  |  |
| 22. Rok wypłaty  | 23. Przychód za rok | 24. Kwota |                     |  |  |
| 25. Rok wypłaty  | 26. Przychód za rok | 27. Kwota |                     |  |  |
| 28. Rok wypłaty  | 29. Przychód za rok | 30. Kwota |                     |  |  |
| 31. Rok wypłaty  | 32. Przychód za rok | 33. Kwota |                     |  |  |
| 34. Rok wypłaty  | 35. Przychód za rok | 36. Kwota |                     |  |  |
| 37. Rok wypłaty  | 38. Przychód za rok | 39. Kwota |                     |  |  |
| 40. Rok wypłaty  | 41. Przychód za rok | 42. Kwota |                     |  |  |
| 43. Rok wypłaty  | 44. Przychód za rok | 45. Kwota |                     |  |  |
| 46. Rok wypłaty  | 47. Przychód za rok | 48. Kwota |                     |  |  |
| 49. Rok wypłaty  | 50. Przychód za rok | 51. Kwota |                     |  |  |
| 52. Rok wypłaty  | 53. Przychód za rok | 54. Kwota |                     |  |  |
| 55. Rok wypłaty  | 56. Przychód za rok | 57. Kwota |                     |  |  |
| 58. Rok wypłaty  | 59. Przychód za rok | 60. Kwota |                     |  |  |
| <p><b>VII. KWOTA PRZYCHODU, ZA LATA KALENDARZOWE, WYPŁACONEGO OBOK WYNAGRODZENIA ZA CZAS NIEZDOLNOŚCI DO PRACY, ZASIŁKU CHOROBOWEGO, MACIERZYŃSKIEGO, OPIEKUŃCZEGO, ŚWIADCZENIA REHABILITACYJNEGO, KTÓRY W OKRESIE POBIERANIA TEGO WYNAGRODZENIA LUB ZASIŁKU NIE STANOWIŁ PODSTAWY WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE – ZA OKRES OD 1.01.1999 r. DO 31.12.2018 r.</b></p> |                     |           |                     |  |  |
| 01. Rok wypłaty  | 02. Przychód za rok | 03. Kwota |                     |  |  |
| 04. Rok wypłaty  | 05. Przychód za rok | 06. Kwota |                     |  |  |
| 07. Rok wypłaty  | 08. Przychód za rok | 09. Kwota |                     |  |  |

DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

|                                   |                |                  |                            |
|-----------------------------------|----------------|------------------|----------------------------|
| ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ<br>SPOŁECZNYCH | <b>ZUS RIA</b> | strona: <b>3</b> | <b>RAPORT INFORMACYJNY</b> |
|-----------------------------------|----------------|------------------|----------------------------|

|   |   |  |
|---|---|--|
| <p>10. Rok wypłaty</p> <input type="text"/> | <p>11. Przychód za rok</p> <input type="text"/> | <p>12. Kwota</p> <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr |
| 13. Rok wypłaty                             | 14. Przychód za rok                             | 15. Kwota  |
| 16. Rok wypłaty                             | 17. Przychód za rok                             | 18. Kwota  |
| 19. Rok wypłaty                             | 20. Przychód za rok                             | 21. Kwota  |
| 22. Rok wypłaty                             | 23. Przychód za rok                             | 24. Kwota  |
| 25. Rok wypłaty                             | 26. Przychód za rok                             | 27. Kwota  |
| 28. Rok wypłaty                             | 29. Przychód za rok                             | 30. Kwota  |
| 31. Rok wypłaty                             | 32. Przychód za rok                             | 33. Kwota  |
| 34. Rok wypłaty                             | 35. Przychód za rok                             | 36. Kwota  |
| 37. Rok wypłaty                             | 38. Przychód za rok                             | 39. Kwota  |
| 40. Rok wypłaty                             | 41. Przychód za rok                             | 42. Kwota  |
| 43. Rok wypłaty                             | 44. Przychód za rok                             | 45. Kwota  |
| 46. Rok wypłaty                             | 47. Przychód za rok                             | 48. Kwota  |
| 49. Rok wypłaty                             | 50. Przychód za rok                             | 51. Kwota  |
| 52. Rok wypłaty                             | 53. Przychód za rok                             | 54. Kwota  |
| 55. Rok wypłaty                             | 56. Przychód za rok                             | 57. Kwota  |
| 58. Rok wypłaty                             | 59. Przychód za rok                             | 60. Kwota  |

**VIII. OKRESY WYKONYWANIA PRACY NAUCZYCIELSKIEJ W PLACÓWKACH, O KTÓRYCH MOWA W ART. 2 PKT 1 USTAWY Z DNIA 22 MAJA 2009 r. O NAUCZYCIELSKICH ŚWIADCZENIACH KOMPENSACYJNYCH (Dz.U. z 2024 r. poz. 245) – OD 1.01.1999 r. DO 31.12.2018 r.**

|                               |                               |   |
|-------------------------------|-------------------------------|---|
| 01. Okres od (dd / mm / rrrr) | 02. Okres do (dd / mm / rrrr) | 03. Wymiar zajęć                            |
| <input type="text"/>          | <input type="text"/>          | <input type="text"/> / <input type="text"/> |
| 04. Okres od (dd / mm / rrrr) | 05. Okres do (dd / mm / rrrr) | 06. Wymiar zajęć                            |
| <input type="text"/>          | <input type="text"/>          | <input type="text"/> / <input type="text"/> |
| 07. Okres od (dd / mm / rrrr) | 08. Okres do (dd / mm / rrrr) | 09. Wymiar zajęć                            |
| <input type="text"/>          | <input type="text"/>          | <input type="text"/> / <input type="text"/> |
| 10. Okres od (dd / mm / rrrr) | 11. Okres do (dd / mm / rrrr) | 12. Wymiar zajęć                            |
| <input type="text"/>          | <input type="text"/>          | <input type="text"/> / <input type="text"/> |

**IX. OKRESY WYKONYWANIA PRACY NAUCZYCIELSKIEJ W PLACÓWKACH, O KTÓRYCH MOWA W ART. 1 USTAWY Z DNIA 26 STYCZNIA 1982 r. KARTA NAUCZYCIELA (Dz.U. z 2023 r. poz. 984, z późn. zm.) – OD 1.01.1999 r.**

|   |                               |   |
|---|-------------------------------|---|
| 01. Okres od (dd / mm / rrrr)   | 02. Okres do (dd / mm / rrrr) | 03. Wymiar zajęć                            |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/>          | <input type="text"/> / <input type="text"/> |
| 04. Praca w szkolnictwie specjalnym, o której mowa w art. 88 Karty Nauczyciela – jeśli TAK, wpisz X | <input type="checkbox"/>      |   |
| 05. Okres od (dd / mm / rrrr)   | 06. Okres do (dd / mm / rrrr) | 07. Wymiar zajęć                            |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/>          | <input type="text"/> / <input type="text"/> |
| 08. Praca w szkolnictwie specjalnym, o której mowa w art. 88 Karty Nauczyciela – jeśli TAK, wpisz X | <input type="checkbox"/>      |   |

DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

|                                   |         |           |                     |
|-----------------------------------|---------|-----------|---------------------|
| ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ<br>SPOŁECZNYCH | ZUS RIA | strona: 4 | RAPORT INFORMACYJNY |
|-----------------------------------|---------|-----------|---------------------|

09. Okres od (dd / mm / rrrr)  -  10. Okres do (dd / mm / rrrr)  -

11. Wymiar zajęć  /

12. Praca w szkolnictwie specjalnym, o której mowa w art. 88 Karty Nauczyciela – jeśli TAK, wpisz X

13. Okres od (dd / mm / rrrr)  -  14. Okres do (dd / mm / rrrr)  -

15. Wymiar zajęć  /

16. Praca w szkolnictwie specjalnym, o której mowa w art. 88 Karty Nauczyciela – jeśli TAK, wpisz X

**X. OKRESY WYKONYWANIA PRACY W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH LUB W SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE, O KTÓREJ MOWA W ART. 32 USTAWY Z DNIA 17 GRUDNIA 1998 r. O EMERYTURACH I RENTACH Z FUNDUSZU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH (Dz.U. z 2023 r. poz. 1251, z późn. zm.) – OD 1.01.1999 r. DO 31.12.2008 r.**

01. Pracodawca od dnia powstania posiada status podmiotu prywatnego i nie ma obowiązku stosowania wykazów stanowisk pracy w szczególnych warunkach stanowiący załącznik do zarządzeń i uchwał resortowych – jeśli TAK, wpisz X

02. Okres od (dd / mm / rrrr)  -  03. Okres do (dd / mm / rrrr)  -

04. Praca wykonywana była stale i w pełnym wymiarze czasu pracy – jeśli TAK, wpisz X

05. Wymiar czasu pracy (podaj, jeśli nie wypełniłeś pola 04)  /

06. Kod pracy w szczególnym charakterze

07. Kod pracy w szczególnych warunkach

08. Jeśli w kodzie w p. 07 podałeś wykaz A, dział XIV, poz. 24 lub 25 – podaj dodatkowo nazwę stanowiska pracy, na którym pracownik świadczył pracę stale i bezpośrednio przy stanowiskach pracy w szczególnych warunkach wymienionych w wykazie A

09. Zmieniona nazwa stanowiska, na którym wykonywana praca odpowiada ściśle pracy z wykazu prac w szczególnych warunkach, którą podałeś w kodzie w p. 07 (podaj jeśli dotyczy)

10. Kod pracy w szczególnych warunkach

11. Jeśli w kodzie w p. 10 podałeś wykaz A, dział XIV, poz. 24 lub 25 – podaj dodatkowo nazwę stanowiska pracy, na którym pracownik świadczył pracę stale i bezpośrednio przy stanowiskach pracy w szczególnych warunkach wymienionych w wykazie A

12. Zmieniona nazwa stanowiska, na którym wykonywana praca odpowiada ściśle pracy z wykazu prac w szczególnych warunkach, którą podałeś w kodzie w p. 10 (podaj jeśli dotyczy)

13. W okresie zatrudnienia na kolei przysługiwał deputat węglowy (ekwiwalent pieniężny) – jeśli TAK, wpisz X

14. Zatrudnienie na kolei na stanowiskach nieobjętych wykazami stanowisk pracy w szczególnych warunkach, stanowiącymi załącznik do zarządzeń i uchwał resortowych – jeśli TAK, wpisz X

15. Okres od (dd / mm / rrrr)  -  16. Okres do (dd / mm / rrrr)  -

17. Praca wykonywana była stale i w pełnym wymiarze czasu pracy – jeśli TAK, wpisz X

18. Wymiar czasu pracy (podaj, jeśli nie wypełniłeś pola 17)  /

19. Kod pracy w szczególnym charakterze

20. Kod pracy w szczególnych warunkach

21. Jeśli w kodzie w p. 20 podałeś wykaz A, dział XIV, poz. 24 lub 25 – podaj dodatkowo nazwę stanowiska pracy, na którym pracownik świadczył pracę stale i bezpośrednio przy stanowiskach pracy w szczególnych warunkach wymienionych w wykazie A

22. Zmieniona nazwa stanowiska, na którym wykonywana praca odpowiada ściśle pracy z wykazu prac w szczególnych warunkach, którą podałeś w kodzie w p. 20 (podaj jeśli dotyczy)

23. Kod pracy w szczególnych warunkach

24. Jeśli w kodzie w p. 23 podałeś wykaz A, dział XIV, poz. 24 lub 25 – podaj dodatkowo nazwę stanowiska pracy, na którym pracownik świadczył pracę stale i bezpośrednio przy stanowiskach pracy w szczególnych warunkach wymienionych w wykazie A

DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH ZUS RIA strona 5 RAPORT INFORMACYJNY

25. Zmieniona nazwa stanowiska, na którym wykonywana praca odpowiada ściśle pracy z wykazu prac w szczególnych warunkach, którą podałeś w kodzie w p. 23 (podaj jeśli dotyczy)

[Grid for data entry]

DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

26. W okresie zatrudnienia na kolei przysługiwał deputat węglowy (ekwiwalent pieniężny) – jeśli TAK, wpisz X

27. Zatrudnienie na kolei na stanowiskach nieobjętych wykazami stanowisk pracy w szczególnych warunkach, stanowiącymi załącznik do zarządzeń i uchwał resortowych – jeśli TAK, wpisz X

**XI. OKRESY WYKONYWANIA PRACY W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH LUB O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE, O KTÓREJ MOWA W ART. 3 UST. 1 I 3 USTAWY Z DNIA 19 GRUDNIA 2008 r. O EMERYTURACH POMOSTOWYCH (Dz.U. z 2023 r. poz. 164, z późn. zm.) – OD 1.01.1999 r. DO 31.12.2008 r.**

01. Kod pracy w szczególnych warunkach/ o szczególnym charakterze [grid] 02. Okres od (dd / mm / rrrr) [grid] - 03. Okres do (dd / mm / rrrr) [grid] 04. Wymiar czasu pracy [grid] / [grid]

05. Kod pracy w szczególnych warunkach/ o szczególnym charakterze [grid] 06. Okres od (dd / mm / rrrr) [grid] - 07. Okres do (dd / mm / rrrr) [grid] 08. Wymiar czasu pracy [grid] / [grid]

**XII. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK**

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

[grid]

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

02. Podpis płatnika składek lub osoby upoważnionej

03. Pieczęćka płatnika składek

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