

Warszawa, dnia 15 kwietnia 2026 r.

Poz. 518

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA RODZINY, PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ¹⁾**

z dnia 9 kwietnia 2026 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

Na podstawie art. 49 ust. 2 i 4 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2026 r. poz. 199, 252, 426, 473 i 507) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Określa się wzory dokumentów:

- 1) zgłoszenie do ubezpieczeń/zgłoszenie zmiany danych osoby ubezpieczonej – o symbolu ZUS ZUA, stanowiące załącznik nr 1 do rozporządzenia;
- 2) zgłoszenie danych o członkach rodziny, dla celów ubezpieczenia zdrowotnego – o symbolu ZUS ZCNA, stanowiące załącznik nr 2 do rozporządzenia;
- 3) zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego/zgłoszenie zmiany danych – o symbolu ZUS ZZA, stanowiące załącznik nr 3 do rozporządzenia;
- 4) zgłoszenie zmiany danych identyfikacyjnych osoby ubezpieczonej – o symbolu ZUS ZIUA, stanowiące załącznik nr 4 do rozporządzenia;
- 5) wyrejestrowanie z ubezpieczeń – o symbolu ZUS ZWUA, stanowiące załącznik nr 5 do rozporządzenia;
- 6) zgłoszenie/zmiana danych płatnika składek – osoby prawnej lub jednostki organizacyjnej nieposiadającej osobowości prawnej – o symbolu ZUS ZPA, stanowiące załącznik nr 6 do rozporządzenia;
- 7) zgłoszenie/zmiana danych płatnika składek – osoby fizycznej – o symbolu ZUS ZFA, stanowiące załącznik nr 7 do rozporządzenia;
- 8) zgłoszenie zmiany danych identyfikacyjnych płatnika składek – o symbolu ZUS ZIPA, stanowiące załącznik nr 8 do rozporządzenia;
- 9) wyrejestrowanie płatnika składek – o symbolu ZUS ZWPA, stanowiące załącznik nr 9 do rozporządzenia;
- 10) informacja o numerach rachunków bankowych płatnika składek – o symbolu ZUS ZBA, stanowiąca załącznik nr 10 do rozporządzenia;
- 11) adresy prowadzenia działalności gospodarczej przez płatnika składek – o symbolu ZUS ZAA, stanowiące załącznik nr 11 do rozporządzenia;

¹⁾ 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).

- 12) imienny raport miesięczny o należnych składkach i wypłaconych świadczeniach – o symbolu ZUS RCA, stanowiący załącznik nr 12 do rozporządzenia;
- 13) imienny raport cz. II dla osoby fizycznej wykonującej działalność gospodarczą na mniejszą skalę, która korzysta z obniżenia składek na ubezpieczenia społeczne – o symbolu ZUS RCA cz. II, stanowiący załącznik nr 13 do rozporządzenia;
- 14) imienny raport miesięczny o wypłaconych świadczeniach i przerwach w opłacaniu składek – o symbolu ZUS RSA, stanowiący załącznik nr 14 do rozporządzenia;
- 15) imienny raport miesięczny o przychodach ubezpieczonego/okresach pracy nauczycielskiej – o symbolu ZUS RPA, stanowiący załącznik nr 15 do rozporządzenia;
- 16) deklaracja rozliczeniowa – o symbolu ZUS DRA, stanowiąca załącznik nr 16 do rozporządzenia;
- 17) deklaracja rozliczeniowa cz. II dla osoby fizycznej wykonującej działalność gospodarczą na mniejszą skalę, która korzysta z obniżenia składek na ubezpieczenia społeczne i opłaca składki wyłącznie za siebie – o symbolu ZUS DRA cz. II, stanowiąca załącznik nr 17 do rozporządzenia;
- 18) informacja miesięczna dla osoby ubezpieczonej – stanowiąca załącznik nr 18 do rozporządzenia;
- 19) informacja roczna dla osoby ubezpieczonej – stanowiąca załącznik nr 19 do rozporządzenia;
- 20) zgłoszenie/korekta danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze – o symbolu ZUS ZSWA, stanowiące załącznik nr 20 do rozporządzenia;
- 21) raport informacyjny – o symbolu ZUS RIA, stanowiący załącznik nr 21 do rozporządzenia;
- 22) oświadczenie o zamiarze przekazania raportów informacyjnych – o symbolu ZUS OSW, stanowiące załącznik nr 22 do rozporządzenia;
- 23) zgłoszenie umowy o dzieło – o symbolu RUD, stanowiące załącznik nr 23 do rozporządzenia.

2. Dla imiennych raportów miesięcznych korygujących ustala się odpowiednio te same wzory, o których mowa w ust. 1 pkt 14 i 15, dla imiennego raportu cz. II korygującego – ten sam wzór, o którym mowa w ust. 1 pkt 13, dla deklaracji rozliczeniowej cz. II korygującej – ten sam wzór, o którym mowa w ust. 1 pkt 17, dla informacji miesięcznej korygującej dla osoby ubezpieczonej – ten sam wzór, o którym mowa w ust. 1 pkt 18, dla informacji rocznej korygującej dla osoby ubezpieczonej – ten sam wzór, o którym mowa w ust. 1 pkt 19, a dla raportu informacyjnego korygującego – ten sam wzór, o którym mowa w ust. 1 pkt 21.

3. Dla imiennego raportu miesięcznego korygującego ustala się odpowiednio ten sam wzór, o którym mowa w ust. 1 pkt 12, a dla deklaracji rozliczeniowej korygującej – ten sam wzór, o którym mowa w ust. 1 pkt 16.

§ 2. Dokumenty są wypełniane z użyciem kodów, których wykaz jest określony w załączniku nr 24 do rozporządzenia.

§ 3. 1. Dla dokumentów, o których mowa w § 1 ust. 1:

- 1) pkt 1–11 i 20–22, określa się kolor Pantone nr 224;
- 2) pkt 13–15 i 25 – kolor Pantone nr 158;
- 3) pkt 17 i 26 – kolor Pantone nr 172;
- 4) pkt 18–19 – kolor Pantone nr 340.

2. Dla dokumentów, o których mowa w § 1 ust. 1 pkt 12 – określa się kolor Pantone nr 158, dla dokumentów, o których mowa w § 1 ust. 1 pkt 16 – kolor Pantone nr 172.

3. Dokumenty, w postaci papierowej, stanowiące wydruk ze strony internetowej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub wydruk dokumentu pobranego przy użyciu oprogramowania interfejsowego, albo kopie tych dokumentów mogą być przekazywane bez zachowania kolorów, o których mowa w ust. 1.

§ 4. 1. W okresie od dnia wejścia w życie rozporządzenia do dnia 30 kwietnia 2026 r. w przypadku przekazywania imiennego raportu miesięcznego o należnych składkach i wypłaconych świadczeniach – o symbolu ZUS RCA, stosuje się dokument, którego wzór stanowi załącznik nr 25 do rozporządzenia.

2. W okresie od dnia wejścia w życie rozporządzenia do dnia 30 kwietnia 2026 r. w przypadku przekazywania deklaracji rozliczeniowej – o symbolu ZUS DRA, stosuje się dokument, którego wzór stanowi załącznik nr 26 do rozporządzenia.

3. W okresie od dnia wejścia w życie rozporządzenia do dnia 30 kwietnia 2026 r. dla imiennego raportu miesięcznego korygującego ustala się odpowiednio ten sam wzór, o którym mowa w ust. 1, dla deklaracji rozliczeniowej korygującej – ten sam wzór, o którym mowa w ust. 2.

4. Dla dokumentu, o których mowa w ust. 1 – określa się kolor Pantone nr 158, a dla dokumentu, o którym mowa w ust. 2 – kolor Pantone nr 172.

§ 5. W przypadku przekazywania dokumentu dotyczącego okresu przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia stosuje się kody tytułu ubezpieczenia określone w rozporządzeniu, o którym mowa w § 7, obowiązujące w okresie, za który dokument ten został złożony.

§ 6. Do dokumentów przekazywanych za okresy przypadające przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia stosuje się wzory dokumentów w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, obowiązujące w dniu składania tych dokumentów.

§ 7. Traci moc rozporządzenie 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 2025 r. poz. 1036 i 1781).

§ 8. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem § 1 ust. 1 pkt 12 i 16 oraz ust. 3 i § 3 ust. 2, które wchodzi w życie z dniem 1 maja 2026 r.

Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej: *wz. S. Gajewski*

Załączniki do rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 kwietnia 2026 r. (Dz. U. poz. 518)

Załącznik nr 1

PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYŃNIE 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 identyfikacyjnych) ¹⁾		
03. Data nadania (dd / mm / rrr)		04. Nalepka „R”		
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK				
01. Numer NIP (wpisać bez kresek)		02. Numer REGON		
03. Numer PESEL ²⁾		04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, <input type="checkbox"/> jeśli paszport - 2 <input type="checkbox"/>		
05. Seria i numer dokumentu		06. Nazwa skrócona		
07. Nazwisko		08. Imię pierwsze		
09. Data urodzenia (dd / mm / rrr)				
III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ				
01. Numer PESEL ²⁾		02. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)		
03. Nazwisko		04. Seria i numer dokumentu		
05. Imię pierwsze		07. Data urodzenia (dd / mm / rrr)		
IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ				
01. Imię drugie		02. Nazwisko rodowe		
03. Obywatelstwo		04. Płeć (wpisać: K - kobieta, M - mężczyzna) <input type="checkbox"/>		
V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA				
01. Kod tytułu ubezpieczenia ³⁾				
VI. DANE O OBOWIĄZKOWYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH				
01. Data powstania obowiązków ubezpieczeń (dd / mm / rrr)		Osoba zgłaszana podlega ubezpieczeniom: (wpisać X w odpowiednim polu)		
		02. Emerytalnemu <input type="checkbox"/>	04. Chorobowemu <input type="checkbox"/>	
		03. Rentowym <input type="checkbox"/>	05. Wypadkowemu <input type="checkbox"/>	
VII. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM				
01. Data powstania obowiązków ubezpieczenia (dd / mm / rrr)		02. Kod oddziału NFZ		
VIII. DANE O DOBROWOLNYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH				
Wnoszę o objęcie ubezpieczeniami: (wpisać X w odpowiednim polu)				
01. Emerytalnym <input type="checkbox"/>		03. Rentowymi <input type="checkbox"/>	05. Chorobowym <input type="checkbox"/>	
02. Od dnia (dd / mm / rrr)		04. Od dnia (dd / mm / rrr)	06. Od dnia (dd / mm / rrr)	
IX. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM				
01. Data rozpoczęcia ubezpieczenia (dd / mm / rrr)		02. Kod oddziału NFZ		
X. INNE DANE O OSOBE ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ				
01. Kod wykonywanego zawodu ⁴⁾		02. Kod pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze ⁵⁾	03. Okres pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze ⁵⁾ (dd / mm / rrr) - (dd / mm / rrr)	

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS	ZUA	strona: 2	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEN / 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
08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)	
09. Adres poczty elektronicznej	

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 składek lub osoby upoważnionej

03. Pieczęć płatnika składek

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⁾ Należy wpisać, kod wykonywanego zawodu. Kod zawodu stanowi sześciocyfrowy numer określony w załączniku do rozporządzenia w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania.

⁵⁾ Pola te wypełnia się w celu zgłoszenia / korekty danych dotyczących okresu sprzed dnia 1 stycznia 2009 r.

PŁATNIK 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 / rrr)

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 / rrr)

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 / rrr)

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 / rrr)

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 / rrr)

10. Kod stopnia pokrewieństwa / powinowactwa

11. Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie
domowym z osobą ubezpieczoną? Jeśli TAK, wpisać X.

12. Kod stopnia niepełnosprawności

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 MASZYNIE 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
 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 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)

10. Kod stopnia pokrewieństwa / powinowactwa 11. Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną? Jeśli TAK, wpisać X.

12. Kod stopnia niepełnosprawności

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 PLATNIKA SKŁADEK **VII. OŚWIADCZENIE OSOBY UBEZPIECZONEJ**

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

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 dniem 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

<input type="checkbox"/> 01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO (jeśli TAK, wpisać X)	<input type="checkbox"/> 02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH ¹⁾
--------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------

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 PESEL ²⁾	04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2
06. Nazwa skrócona	05. Seria i numer dokumentu
07. Nazwisko	
08. Imię pierwsze	09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA

01. Numer PESEL ²⁾	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. KOD TYTUŁU UBEZPIECZENIA I KOD WYKONYWANEGO ZAWODU

01. Kod tytułu ubezpieczenia ³⁾	02. Kod wykonywanego zawodu ⁴⁾
--------------------------------------------	-------------------------------------------

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 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. Pieczęćka płatnika składek

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

Blank area for notes.

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⁾ Należy wpisać, kod wykonywanego zawodu. Kod zawodu stanowi sześciocyfrowy numer określony w załączniku do rozporządzenia w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania.

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZWUA	WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ
I. DANE ORGANIZACYJNE		
<input type="checkbox"/> 01. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ (jeżeli TAK, wpisać X)		<input type="checkbox"/> 02. ZGŁOSZENIE KOREKTY DANYCH O WYREJESTROWANIU Z UBEZPIECZEŃ (jeżeli 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)
III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY WYREJESTROWYWANEJ Z UBEZPIECZEŃ		
01. Numer PESEL ¹⁾		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. ROZWIĄZANIE/ WYGAŚNIĘCIE 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 inicjatywy, której nastąpiło rozwiązanie stosunku pracy jeśli PRACOWNIK wpisz 1, jeśli PRACODAWCA - 2		
VI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK		VII. OŚWIADCZENIE OSOBY WYREJESTROWYWANEJ Z UBEZPIECZEŃ
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.		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		01. Podpis osoby wyrejestrowywanej z ubezpieczeń
03. Pieczęć płatnika składek		
VIII. ADNOTACJE ZUS		

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

²⁾ Pole wypełnia się, o ile wyrejestrowanie dotyczy osoby zgłoszonej do ubezpieczeń przed dniem 1 września 2011 r. wyłącznie z numerem NIP.

PLATNIK WYPELNI 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 (wpisać X)	<input type="checkbox"/> 02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 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 (wpisać bez kresek)	02. Numer REGON
03. Nazwa skrócona	

III. DANE EWIDENCYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Nazwa / Firma (zgodnie z aktem prawnym konstytuującym podmiot)	
<input type="checkbox"/> 02. Czy płatnik jest jednostką budżetową w rozumieniu ustawy z dnia 27.08.2009 r. o finansach publicznych? Jeśli TAK, wpisać X.	<input type="checkbox"/> 03. Czy płatnik jest zakładem budżetowym lub gospodarstwem pomocniczym w rozumieniu ustawy z dnia 27.08.2009 r. o finansach publicznych? Jeśli TAK, wpisać X.
04. Nazwa organu założycielskiego	
<input type="checkbox"/> 05. Czy płatnik podlega wpisowi do rejestru / ewidencji? Jeśli TAK, wpisać 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, wpisać 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, wpisać X i wypełnić formularz ZUS ZAA	

VI. ADRES DO KORESPONDENCJI PLATNIKA SKŁADEK (wpisać, 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		

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS	ZFA	strona: 1	ZGŁOSZENIE / ZMIANA DANYCH PŁATNIKA SKŁADEK - OSOBY FIZYCZNEJ
I. DANE ORGANIZACYJNE				
<input type="checkbox"/> 01. ZGŁOSZENIE PŁATNIKA SKŁADEK (wpisać X)		<input type="checkbox"/> 02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH PŁATNIKA SKŁADEK (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych) ¹⁾		
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)		04. Nalepka „R”		
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK				
01. Numer NIP (wpisać bez kresek)		02. Numer REGION		
03. Numer PESEL ²⁾		04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, <input type="checkbox"/> jeśli paszport - 2 <input type="checkbox"/>		
05. Seria i numer dokumentu		06. Nazwa skrócona		
07. Nazwisko				
08. Imię pierwsze		09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)		
III. DANE EWIDENCYJNE PŁATNIKA SKŁADEK				
01. Imię drugie				
02. Miejsce urodzenia				
03. Obywatelstwo				
IV. PODSTAWA DO PROWADZENIA POZAROLNICZEJ DZIAŁALNOŚCI				
01. Kod rodzaju uprawnień		02. Numer uprawnień		
03. Nazwa organu wydającego uprawnienie				
04. Data wydania uprawnień (dd / mm / rrrr)		05. Data powstania obowiązku opłacania składek (dd / mm / rrrr)		
V. DANE O RACHUNKU BANKOWYM PŁATNIKA SKŁADEK				
01. Numer rachunku				
<input type="checkbox"/> 02. Czy płatnik posiada inne rachunki bankowe? Jeśli TAK, wpisać X i wypełnić formularz ZUS ZBA.				
VI. ADRES SIEDZIBY PŁATNIKA 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, wpisać X i wypełnić formularz ZUS ZAA				

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYŃNIE 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

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)

VIII. ADRES DO KORESPONDENCJI PŁATNIKA SKŁADEK (wpisać, 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

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

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Nazwa skrócona

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.

PŁATNIK 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 PŁATNIKA 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 PŁATNIKA SKŁADEK			
01. Numer NIP (wpisać bez kresek)		02. Numer REGION	
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. AKTUALNE DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK			
01. Numer NIP (wpisać bez kresek)		02. Numer REGION	
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)	
IV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK			
01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)			
<p>Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.</p>			
02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej		03. Pieczęćka płatnika	
V. ADNOTACJE ZUS			
¹⁾ Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.			

Załącznik nr 9

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZWPA	WYREJESTROWANIE PŁATNIKA SKŁADEK
I. DANE ORGANIZACYJNE		
<input type="checkbox"/> 01. WYREJESTROWANIE PŁATNIKA SKŁADEK Jeśli TAK, wpisać X. <input type="checkbox"/> 02. ZGŁOSZENIE KOREKTY DANYCH WYREJESTROWANIA PŁATNIKA SKŁADEK Jeśli TAK, wpisać X.		
03. Data nadania (dd / mm / rrrr) <input style="width: 100px;" type="text"/> 04. Nalepka „R” <input style="width: 300px;" type="text"/>		
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK		
01. Numer NIP (wpisać bez kresek) <input style="width: 150px;" type="text"/> 02. Numer REGON <input style="width: 200px;" type="text"/>		
03. Numer PESEL ¹⁾ <input style="width: 150px;" type="text"/> 04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, <input style="width: 20px;" type="text"/> jeśli paszport - 2 <input style="width: 20px;" type="text"/> 05. Seria i numer dokumentu <input style="width: 150px;" type="text"/>		
06. Nazwa skrócona <input style="width: 300px;" type="text"/>		
07. Nazwisko <input style="width: 300px;" type="text"/>		
08. Imię pierwsze <input style="width: 300px;" type="text"/>		
09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr) <input style="width: 100px;" type="text"/>		
III. DANE O WYREJESTROWANIU PŁATNIKA SKŁADEK		
01. Kod przyczyny wyrejestrowania <input style="width: 50px;" type="text"/> 02. Data wyrejestrowania (dd / mm / rrrr) <input style="width: 100px;" type="text"/>		
IV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK		
01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr) <input style="width: 100px;" type="text"/>		
<p>Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.</p>		
02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej		03. Pieczęćka płatnika
V. ADNOTACJE ZUS		
<p>¹⁾ Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.</p>		

PLATNIK 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 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)
III. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PLATNIKA SKŁADEK		
<input type="checkbox"/> 01. Nowy rachunek (wpisać - 1) / zamknięcie rachunku (wpisać - 2)		
02. Numer rachunku		
IV. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PLATNIKA SKŁADEK		
<input type="checkbox"/> 01. Nowy rachunek (wpisać - 1) / zamknięcie rachunku (wpisać - 2)		
02. Numer rachunku		
V. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PLATNIKA SKŁADEK		
<input type="checkbox"/> 01. Nowy rachunek (wpisać - 1) / zamknięcie rachunku (wpisać - 2)		
02. Numer rachunku		
VI. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PLATNIKA SKŁADEK		
<input type="checkbox"/> 01. Nowy rachunek (wpisać - 1) / zamknięcie rachunku (wpisać - 2)		
02. Numer rachunku		
VII. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PLATNIKA SKŁADEK		
<input type="checkbox"/> 01. Nowy rachunek (wpisać - 1) / zamknięcie rachunku (wpisać - 2)		
02. Numer rachunku		
VIII. INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM PLATNIKA SKŁADEK		
<input type="checkbox"/> 01. Nowy rachunek (wpisać - 1) / zamknięcie rachunku (wpisać - 2)		
02. Numer rachunku		
IX. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK		
01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)		
<p>Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.</p>		
02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej		03. Pieczęćka płatnika
X. ADNOTACJE ZUS		
¹⁾ Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.		

PLATNIK WYPELNIĄ 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

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. ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ PLATNIKA

<input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/> 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 WYPELNIOLA 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 PLATNIKA SKŁADEK
-----------------------------------	-----	-----	-----------	------------------------------------------------------------------------

VI. 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)

VII. 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)

VIII. 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)

IX. 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
--------------------------------------------	------------------------

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 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 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	04. zł, gr		05. zł, gr	06. zł, gr
07. SKŁADKA FINANSOWANA PRZEZ: ubezpieczonego	08. zł, gr	09. zł, gr	10. zł, gr	
11. płatnika składek	12. zł, gr	13. zł, gr	14. zł, gr	
15. budżet państwa	16. zł, gr	17. zł, gr ²⁾	18. zł, gr	
19. PFRON ³⁾	20. zł, gr	21. zł, gr	22. zł, gr	
23. Fundusz Kościelny	24. zł, gr	25. zł, gr	26. zł, gr	

27. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składki w ramach pracowniczego programu emerytalnego

28. Kwota wpłaty w ramach pracowniczego planu kapitałowego finansowana przez płatnika składek

29. 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 składek ⁴⁾

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 ⁵⁾

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. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

PLATNIK WYPELNI 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
-----------------------------------	---------	-----------	--------------------------------------------------------------------------------

05. Forma opodatkowania:
zasady ogólne – podatek liniowy

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

07. Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne

08. Kwota należnej składki

09. Forma opodatkowania:
karta podatkowa

10. Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne

11. Kwota należnej składki

12. Forma opodatkowania:
ryczałt od przychodów ewidencjonowanych

13. Suma przychodów w bieżącym roku kalendarzowym ⁶⁾

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 ⁷⁾ (podaj w przypadku zaznaczenia p. 14)

16. Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne

17. Kwota należnej składki

18. Bez formy opodatkowania

19. Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne

20. Kwota należnej składki

III. F. ROCZNE ROZLICZENIE SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE ⁸⁾

r r r r

01. Rozliczenie składki zdrowotnej za rok

02. Zmiana formy opodatkowania od stycznia 2022 roku ⁹⁾

03. Zmiana formy opodatkowania od lipca 2022 roku ¹⁰⁾

04. Forma opodatkowania: zasady ogólne – podatek według skali

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

06. Przy ustalaniu rocznej podstawy wymiaru składki zostały uwzględnione przychody i koszty uzyskania tych przychodów związane z odpłatnym zbyciem składników majątku (środki trwałe i wartości niematerialne i prawne) ¹¹⁾

07. Kwota należnego podatku za rok, za który dokonywane jest roczne rozliczenie ¹²⁾

08. Roczna podstawa wymiaru składki

09. Roczna składka

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

11. Kwota do dopłaty (p. 09 – p. 10) ¹³⁾

12. Kwota do zwrotu (p. 10 – p. 09) ¹⁴⁾

13. Forma opodatkowania: zasady ogólne – podatek liniowy

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

15. Przy ustalaniu rocznej podstawy wymiaru składki zostały uwzględnione przychody i koszty uzyskania tych przychodów związane z odpłatnym zbyciem składników majątku (środki trwałe i wartości niematerialne i prawne) ¹¹⁾

16. Roczna podstawa wymiaru składki

17. Roczna składka

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

19. Kwota do dopłaty (p. 17 – p. 18) ¹³⁾

20. Kwota do zwrotu (p. 18 – p. 17) ¹⁴⁾

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS RCA	strona: 3	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH I WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH
-----------------------------------	---------	-----------	--------------------------------------------------------------------------------

21. Forma opodatkowania: ryczałt od przychodów ewidencjonowanych

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

23. Roczna podstawa wymiaru składki

24. Roczna składka

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

26. Kwota do dopłaty (p. 24 – p. 25) ¹³⁾

27. Kwota do zwrotu (p. 25 – p. 24) ¹⁴⁾

ŁĄCZNA KWOTA DO DOPŁATY ALBO DO ZWROTU Z ROZLICZENIA ROCZNEGO ¹⁵⁾

28. Łączna kwota do dopłaty

29. Łączna kwota do zwrotu

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 upoważnionej

03. Pieczęć płatnika składek

V. ADNOTACJE ZUS

- ¹⁾ Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.
- ²⁾ Pole wypełniasz tylko gdy korzystasz ze zwolnienia z obowiązku opłacenia składek na ubezpieczenie chorobowe na mocy art. 17a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2026 r. poz. 199).
- ³⁾ 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.
- ⁴⁾ W tym polu należy także wykazać kwotę składki finansowaną z budżetu państwa, jeśli dotację otrzymuje płatnik składek.
- ⁵⁾ 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.
- ⁶⁾ Kwota przychodów osiągniętych od początku roku kalendarzowego do końca miesiąca, za który dokonywane jest rozliczenie.
- ⁷⁾ 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 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.).
- ⁸⁾ Roczne rozliczenie składki na ubezpieczenie zdrowotne dokonujesz począwszy od 1 maja 2023 r.
- ⁹⁾ 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).
- ¹⁰⁾ 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.
- ¹¹⁾ Pole wypełnij jeśli kwota dochodu z działalności gospodarczej (pole 05, 14) została ustalona z uwzględnieniem przychodów i kosztów uzyskania tych przychodów, o których mowa w art. 14 ust. 2 pkt 1 i 19 oraz w art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 163, z późn. zm.).
- ¹²⁾ 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.
- ¹³⁾ Wypełnij, jeśli składka roczna jest większa od sumy miesięcznych należnych składek wynikających ze złożonych dokumentów za rok, którego dotyczy roczne rozliczenie.
- ¹⁴⁾ Wypełnij, jeśli składka roczna jest mniejsza od sumy miesięcznych należnych składek wynikających ze złożonych dokumentów za rok, którego dotyczy roczne rozliczenie.
- ¹⁵⁾ Podajesz wyłącznie jedną kwotę: do dopłaty (p. 28) albo do zwrotu (p. 29). Jeśli w roku, który rozliczasz, stosowałeś jedną formę opodatkowania, wpiszesz ustaloną dla niej kwotę dopłaty albo zwrotu. Jeśli stosowałeś kilka form opodatkowania (skala podatkowa, podatek liniowy, ryczałt od przychodów ewidencjonowanych), wpiszesz 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 RCA cz. II	IMIENNY RAPORT cz. II DLA OSOBY FIZYCZNEJ WYKONUJĄCEJ DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ NA MNIJSZĄ SKALĘ, KTÓRA KORZYSTA Z OBNIŻENIA SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE	
I. DANE ORGANIZACYJNE				
01. Identyfikator raportu (numer)		02. Rok, na który jest ustalona podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe		05. Znak i numer decyzji pokontrolnej
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)
III. PODSTAWA WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE				
01. Przychód z działalności gospodarczej za ubiegły rok kalendarzowy ²⁾ (p.IV.01 + p.IV.03 + p.IV.05)		03. Dochód z działalności gospodarczej za ubiegły rok kalendarzowy ³⁾ (p.IV.02 + p.IV.04 + p.IV.06)		
02. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe				
IV. FORMA OPODATKOWANIA OBOWIĄZUJĄCA W UBIEGLYM ROKU KALENDARZOWYM ORAZ PRZYCHÓD I DOCHÓD⁴⁾				
A. Karta podatkowa				
01. Kwota przychodu		02. Kwota dochodu ⁵⁾		
B. Ryczałt od przychodów ewidencjonowanych				
03. Kwota przychodu		04. Kwota dochodu ⁵⁾		
C. Opodatkowanie na zasadach ogólnych (podatek według skali lub podatek liniowy)				
05. Kwota przychodu		06. Kwota dochodu		
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. Pieczęć płatnika	
VI. ADNOTACJE ZUS				

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

²⁾ W polu tym wykaż roczny przychód z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej w ubiegłym roku kalendarzowym.

³⁾ W polu tym wykaż roczny dochód z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej w ubiegłym roku kalendarzowym.

⁴⁾ W bloku tym wskaż właściwą lub właściwe dla siebie formy opodatkowania z ubiegłego roku kalendarzowego.

⁵⁾ W polu tym wykaż kwotę odpowiadającą połowie kwoty przychodu.

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS RSA	strona: 1	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH I PRZERWACH W OPLACANIU SKŁADEK		
--------------------------------	---------	-----------	---------------------------------------------------------------------------------------	--	--

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK	I. DANE ORGANIZACYJNE					
	01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr)					
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK	II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK			02. Numer REGON		
	01. Numer NIP (wpisać bez kresek)			05. Seria i numer dokumentu		
	03. Numer PESEL ¹⁾			04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2		
	06. Nazwa skrócona					
	07. Nazwisko					
	08. Imię pierwsze			09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)		
III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ	III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ					
	01. Nazwisko					
	02. Imię pierwsze			03. Typ 04. Identyfikator		
	III. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPLACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ					
	01. Kod tytułu ubezpieczenia		02. Kod świadczenia / przerwy		06. Kwota zł, gr	
	03. Od (dd / mm / rrrr)		04. Do (dd / mm / rrrr)		05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat	
	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 OPLACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ						
01. Kod tytułu ubezpieczenia		02. Kod świadczenia / przerwy		06. Kwota zł, gr		
03. Od (dd / mm / rrrr)		04. Do (dd / mm / rrrr)		05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat		
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 OPLACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ					
	01. Kod tytułu ubezpieczenia		02. Kod świadczenia / przerwy		06. Kwota zł, gr	
	03. Od (dd / mm / rrrr)		04. Do (dd / mm / rrrr)		05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat	
	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 OPLACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ						
01. Kod tytułu ubezpieczenia		02. Kod świadczenia / przerwy		06. Kwota zł, gr		
03. Od (dd / mm / rrrr)		04. Do (dd / mm / rrrr)		05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat		
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

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

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

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

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 MASZYNI 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 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 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 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. E. 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

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

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

III. F. OKRESY WYKONYWANIA PRACY NAUCZYCIELSKIEJ²⁾

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 NAUCZYCIELA³⁾

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. Pieczętka płatnika
--------------------------------------------	------------------------

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

²⁾ 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 2026 r. poz. 86).

³⁾ Okresy wykonywania pracy nauczycielskiej w placówkach, o których mowa w art. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta nauczyciela (Dz. U. z 2024 r. poz. 986, z późn. zm.).

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS DRA	strona: 1	DEKLARACJA ROZLICZENIOWA		
I. DANE ORGANIZACYJNE					
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”				
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. INNE INFORMACJE					
01. Liczba ubezpieczonych	02. Wniosek pracodawcy o dofinansowanie składek za osoby niepełnosprawne ze środków PFRON i budżetu państwa ²⁾	03. Stopa procentowa składek na ubezpieczenie wypadkowe			
		%			
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	
	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 ²⁾		14. PFRON ²⁾	15. (p. 13 + p. 14)	
	16. Fundusz Kościelny		17. Fundusz Kościelny	18. (p. 16 + p. 17)	
	SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:	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 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 składek (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		02. Kwota wynagrodzenia należnego płatnikowi składek od wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego	03. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego	04. Kwota wypłaconych świadczeń finansowanych z FUS ⁴⁾	
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 KOŁOREM

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS DRA	strona: 3	DEKLARACJA ROZLICZENIOWA
-----------------------------------	---------	-----------	--------------------------

12. Forma opodatkowania: ryczałt od przychodów ewidencjonowanych

13. Suma przychodów w bieżącym roku kalendarzowym ⁹⁾

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 ¹⁰⁾ (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 ¹¹⁾

01. Rozliczenie składki zdrowotnej za rok

r r r r

02. Zmiana formy opodatkowania od stycznia 2022 roku ¹²⁾

03. Zmiana formy opodatkowania od lipca 2022 roku ¹³⁾

04. Forma opodatkowania: zasady ogólne – podatek według skali

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

zł gr

06. Przy ustalaniu rocznej podstawy wymiaru składki zostały uwzględnione przychody i koszty uzyskania tych przychodów związane z odpłatnym zbyciem składników majątku (środki trwałe i wartości niematerialne i prawne) ¹⁴⁾

07. Kwota należnego podatku za rok, za który dokonywane jest roczne rozliczenie ¹⁵⁾

zł gr

08. Roczna podstawa wymiaru składki

zł gr

09. Roczna składka

zł gr

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

zł gr

11. Kwota do dopłaty (p. 09 – p. 10) ¹⁶⁾

zł gr

12. Kwota do zwrotu (p. 10 – p. 09) ¹⁷⁾

zł gr

13. Forma opodatkowania: zasady ogólne – podatek liniowy

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

zł gr

15. Przy ustalaniu rocznej podstawy wymiaru składki zostały uwzględnione przychody i koszty uzyskania tych przychodów związane z odpłatnym zbyciem składników majątku (środki trwałe i wartości niematerialne i prawne) ¹⁴⁾

16. Roczna podstawa wymiaru składki

zł gr

17. Roczna składka

zł gr

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

zł gr

19. Kwota do dopłaty (p. 17 – p. 18) ¹⁶⁾

zł gr

20. Kwota do zwrotu (p. 18 – p. 17) ¹⁷⁾

zł gr

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS DRA	strona: 4	DEKLARACJA ROZLICZENIOWA
-----------------------------------	---------	-----------	--------------------------

21. Forma opodatkowania: ryczałt od przychodów ewidencjonowanych

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

23. Roczna podstawa wymiaru składki

24. Roczna składka

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

26. Kwota do dopłaty (p. 24 – p. 25) ¹⁶⁾

27. Kwota do zwrotu (p. 25 – p. 24) ¹⁷⁾

ŁĄCZNA KWOTA DO DOPŁATY ALBO DO ZWROTU Z ROZLICZENIA ROCZNEGO ¹⁸⁾

28. Łączna kwota do dopłaty

29. Łączna kwota do zwrotu

XIII. 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. Pieczęćka płatnika składek

Pouczenie: W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. IX.02 lub wpłacenia 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 2025 r. poz. 132, z późn. zm.)

XIV. 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 w dniu 30 czerwca 2008 r.

³⁾ Pole wypełniasz tylko gdy korzystasz ze zwolnienia z obowiązku opłacenia składek na ubezpieczenie chorobowe na mocy art. 17a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2026 r. poz. 199).

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

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

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

⁷⁾ 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.

⁸⁾ Kwota nadpłaty, zgodnie z art. 24 ust. 6a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2026 r. poz. 199), 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.

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

¹⁰⁾ 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 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.).

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

¹²⁾ 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).

¹³⁾ 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.

¹⁴⁾ Pole wypełnij jeśli kwota dochodu z działalności gospodarczej (pole 05, 14) została ustalona z uwzględnieniem przychodów i kosztów uzyskania tych przychodów, o których mowa w art. 14 ust. 2 pkt 1 i 19 oraz w art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 163, z późn. zm.).

¹⁵⁾ 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.

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

¹⁷⁾ Wypełnij, jeśli składka roczna jest mniejsza od sumy miesięcznych należnych składek wynikających ze złożonych dokumentów za rok, którego dotyczy roczne rozliczenie.

¹⁸⁾ Podajesz wyłącznie jedną kwotę: do dopłaty (p. 28) albo do zwrotu (p. 29). 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.

Załącznik nr 17

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH		ZUS DRA CZ. II	DEKLARACJA ROZLICZENIOWA CZ. II DLA OSOBY FIZYCZNEJ WYKONUJĄCEJ DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ NA MNIEJSZĄ SKALĘ, KTÓRA KORZYSTA Z OBNIŻENIA SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE I OPLACA SKŁADKI WYŁĄCZNIE ZA SIEBIE	
I. DANE ORGANIZACYJNE				
01. Identyfikator deklaracji (numer)		02. Rok, na który jest ustalona podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe		05. Znak i numer decyzji pokontrolnej
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)
III. PODSTAWA WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE				
01. Przychód z działalności gospodarczej za ubiegły rok kalendarzowy ²⁾ (p.IV.01 + p.IV.03 + p.IV.05)		03. Dochód z działalności gospodarczej za ubiegły rok kalendarzowy ³⁾ (p.IV.02 + p.IV.04 + p.IV.06)		
02. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe				
IV. FORMA OPODATKOWANIA OBOWIĄZUJĄCA W UBIEGLYM ROKU KALENDARZOWYM ORAZ PRZYCHÓD I DOCHÓD⁴⁾				
A. Karta podatkowa				
01. Kwota przychodu		02. Kwota dochodu ⁵⁾		
B. Ryczałt od przychodów ewidencjonowanych				
03. Kwota przychodu		04. Kwota dochodu ⁵⁾		
C. Opodatkowanie na zasadach ogólnych (podatek według skali lub podatek liniowy)				
05. Kwota przychodu		06. Kwota dochodu		
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. Pieczęć płatnika	
VI. ADNOTACJE ZUS				
¹⁾ Numer PESEL podaje się, o ile został nadany. ²⁾ W polu tym wykaż roczny przychód z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej w ubiegłym roku kalendarzowym. ³⁾ W polu tym wykaż roczny dochód z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej w ubiegłym roku kalendarzowym. ⁴⁾ W bloku tym wskaż właściwą lub właściwe dla siebie formy opodatkowania z ubiegłego roku kalendarzowego. ⁵⁾ W polu tym wykaż kwotę odpowiadającą połowie kwoty przychodu.				

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH strona: 2 INFORMACJA MIESIĘCZNA DLA OSOBY UBEZPIECZONEJ

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

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

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

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

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

01. Kwota

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

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

III. I. OKRESY WYKONYWANIA PRACY NAUCZYCIELSKIEJ ⁴⁾

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. J. OKRESY WYKONYWANIA PRACY NAUCZYCIELSKIEJ – KARTA NAUCZYCIELA ⁵⁾

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

IV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

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

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 2026 r. poz. 86).
 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 2024 r. poz. 986, 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 ¹⁾ 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

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	CHOROBOWE WYPADKOWE
PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	05. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr	06. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr	07. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:			
ubezpieczonych	08. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr	09. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr	10. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr
płatnika składek	12. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr	13. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr	14. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr
budżetu państwa	16. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr	17. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr	18. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr
PFRON ²⁾	20. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr	21. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr	22. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr
Fundusz Kościelny	24. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr	25. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr	26. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr
27. <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr			
28. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr			
29. Kwota wpłaty w ramach pracowniczego planu kapitałowego finansowana przez płatnika składek <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr		30. Łączna kwota składek (suma od p.08 do p.27) <input type="text"/> zł, <input type="text"/> gr	

III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Podstawa wymiaru składki zł, gr

02. Kwota należnej składki finansowanej przez płatnika składek ³⁾ zł, gr

03. Kwota należnej składki finansowanej przez ubezpieczonego zł, gr

04. Kwota należnej składki finansowanej z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS 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

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

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

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

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

01. Kwota

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

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

III. I. OKRESY WYKONYWANIA PRACY NAUCZYCIELSKIEJ ⁴⁾

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. J. OKRESY WYKONYWANIA PRACY NAUCZYCIELSKIEJ – KARTA NAUCZYCIELA ⁵⁾

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

IV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

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

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 raporcie za ten okres, złożonym nie później niż w dniu 30 czerwca 2008 r.

3) W polu tym należy także wykazać kwotę składki finansowaną z budżetu państwa, jeżeli dotacje 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 2026 r. poz. 86).

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 2024 r. poz. 986, z późn. zm.).

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE 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

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 / rrr)

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 / rrr) 04. Do (dd / mm / rrr) 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 / rrr) 08. Do (dd / mm / rrr) 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 / rrr) 12. Do (dd / mm / rrr) 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 / rrr) 16. Do (dd / mm / rrr) 17. Wymiar czasu pracy

VI. 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 / rrr)

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 / rrr) 04. Do (dd / mm / rrr) 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 / rrr) 08. Do (dd / mm / rrr) 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 / rrr) 12. Do (dd / mm / rrr) 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 / rrr) 16. Do (dd / mm / rrr) 17. Wymiar czasu pracy

VII. 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 lub osoby upoważnionej 03. Pieczęć 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 UBEZPIECZEN SPOŁECZNYCH	ZUS RIA	strona: 1	RAPORT INFORMACYJNY
-----------------------------------	---------	-----------	---------------------

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

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS RIA	strona: 2	RAPORT INFORMACYJNY
-----------------------------------	---------	-----------	---------------------

46. Rok wypłaty
49. Rok wypłaty
52. Rok wypłaty
55. Rok wypłaty
58. Rok wypłaty

47. Przychód za rok
50. Przychód za rok
53. Przychód za rok
56. Przychód za rok
59. Przychód za rok

48. Kwota
51. Kwota
54. Kwota
57. Kwota
60. Kwota

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.

01. Rok wypłaty
04. Rok wypłaty
07. Rok wypłaty
10. Rok wypłaty
13. Rok wypłaty
16. Rok wypłaty
19. Rok wypłaty
22. Rok wypłaty
25. Rok wypłaty
28. Rok wypłaty
31. Rok wypłaty
34. Rok wypłaty
37. Rok wypłaty
40. Rok wypłaty
43. Rok wypłaty
46. Rok wypłaty
49. Rok wypłaty
52. Rok wypłaty
55. Rok wypłaty
58. Rok wypłaty

02. Przychód za rok
05. Przychód za rok
08. Przychód za rok
11. Przychód za rok
14. Przychód za rok
17. Przychód za rok
20. Przychód za rok
23. Przychód za rok
26. Przychód za rok
29. Przychód za rok
32. Przychód za rok
35. Przychód za rok
38. Przychód za rok
41. Przychód za rok
44. Przychód za rok
47. Przychód za rok
50. Przychód za rok
53. Przychód za rok
56. Przychód za rok
59. Przychód za rok

03. Kwota
06. Kwota
09. Kwota
12. Kwota
15. Kwota
18. Kwota
21. Kwota
24. Kwota
27. Kwota
30. Kwota
33. Kwota
36. Kwota
39. Kwota
42. Kwota
45. Kwota
48. Kwota
51. Kwota
54. Kwota
57. Kwota
60. Kwota

VII. KWOTA PRZYCHODU, ZA LATA KALENDARZOWE, WYPŁACONEGO 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 – ZA OKRES OD 1.01.1999 r. DO 31.12.2018 r.

01. Rok wypłaty
04. Rok wypłaty
07. Rok wypłaty

02. Przychód za rok
05. Przychód za rok
08. Przychód za rok

03. Kwota
06. Kwota
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 SPOŁECZNYCH	ZUS RIA	strona: 4	RAPORT INFORMACYJNY
-----------------------------------	----------------	-----------	----------------------------

09. Okres od (dd / mm / rrrr) <input type="text"/>	10. Okres do (dd / mm / rrrr) <input type="text"/>	11. Wymiar zajęć <input type="text"/> / <input type="text"/>
12. Praca w szkolnictwie specjalnym, o której mowa w art. 88 Karty Nauczyciela – jeśli TAK, wpisz X <input type="checkbox"/>		
13. Okres od (dd / mm / rrrr) <input type="text"/>	14. Okres do (dd / mm / rrrr) <input type="text"/>	15. Wymiar zajęć <input type="text"/> / <input type="text"/>
16. Praca w szkolnictwie specjalnym, o której mowa w art. 88 Karty Nauczyciela – jeśli TAK, wpisz X <input type="checkbox"/>		

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 2026 r. poz. 26) – 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 WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS OSW	OŚWIADCZENIE O ZAMIARZE PRZEKAZANIA RAPORTÓW INFORMACYJNYCH
-----------------------------------	----------------	--------------------------------------------------------------------

I. 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)

I. DANE IDENTYFIKACYJNE
PŁATNIKA SKŁADEK

II. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Oświadczam, że zamierzam przekazać raporty informacyjne²⁾ - jeśli TAK, wpisz X

02. Odwołuję oświadczenie o zamiarze przekazania raportów informacyjnych³⁾ - jeśli TAK, wpisz X

III. DATA WYPEŁNIENIA OŚWIADCZENIA

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

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

²⁾ Zgodnie z art. 41a ust. 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2026 r. poz. 199) złożenie oświadczenia powoduje obowiązek przekazania raportów informacyjnych za wszystkich ubezpieczonych.

³⁾ Zgodnie z art. 41a ust. 3 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2026 r. poz. 199) oświadczenie można odwołać do czasu złożenia pierwszego raportu informacyjnego.

ZGŁOSZENIE UMOWY O DZIEŁO
 ZGŁOSZENIE **KOREKTA ZGŁOSZENIA**
Instrukcja wypełniania

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Poła wyboru zaznacz znakiem **X**
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)
4. W bloku I podaj **adres do korespondencji** w tej sprawie
5. W bloku II podaj adres zamieszkania wykonawcy umowy o dzieło. Podaj również jego adres do korespondencji, jeśli jest inny niż adres zamieszkania.

I. Dane zamawiającego wykonanie umowy o dzieło

NIP	<input type="text"/>	Podaj, jeśli Twoim identyfikatorem jest NIP
REGON	<input type="text"/>	Podaj, jeśli Twoim identyfikatorem jest REGON
PESEL	<input type="text"/>	Podaj, jeśli nie masz nadanego NIP i REGON
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input type="text"/>	
	Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL, NIP i REGON	
Data urodzenia	<input type="text"/>	Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL, NIP i REGON
Imię	<input type="text"/>	
Nazwisko	<input type="text"/>	
Nazwa skrócona	<input type="text"/>	
Ulica	<input type="text"/>	
Numer domu	<input type="text"/>	Numer lokalu <input type="text"/>
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miejscowość <input type="text"/>
Numer telefonu	<input type="text"/>	
Adres e-mail	<input type="text"/>	

Ila. Dane wykonawcy umowy o dzieło

PESEL	<input type="text"/>
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input type="text"/>
	Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL
Data urodzenia	<input type="text"/>
	Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL
Imię	<input type="text"/>
Nazwisko	<input type="text"/>

RUD**Adres zamieszkania**

Ulica	<input type="text"/>		
Numer domu	<input type="text"/>	Numer lokalu	<input type="text"/>
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>
Nazwa państwa	<input type="text"/>		

Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

Adres do korespondencji

Podaj, jeśli adres do korespondencji, jest inny niż adres zamieszkania.

Ulica	<input type="text"/>		
Numer domu	<input type="text"/>	Numer lokalu	<input type="text"/>
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>
Nazwa państwa	<input type="text"/>		

Podaj, jeśli adres jest inny niż polski

Numer telefonu	<input type="text"/>
Adres e-mail	<input type="text"/>

III. Informacja o zawartych umowach o dzieło

1. Data zawarcia umowy Data rozpoczęcia wykonywania dzieła Data zakończenia wykonywania dzieła

Przedmiot umowy

2. Data zawarcia umowy Data rozpoczęcia wykonywania dzieła Data zakończenia wykonywania dzieła

Przedmiot umowy

Liczba zawartych umów o dzieło

IV. Oświadczenie**Oświadczam, że podane dane są zgodne ze stanem faktycznym.**Data

dd / mm / rrrr

Czytelny podpis osoby, która zamawia wykonanie umowy o dzieło

Informacje, o których mowa w art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), są dostępne w centrali lub terenowych jednostkach organizacyjnych ZUS oraz na stronie internetowej ZUS pod adresem: <https://bip.zus.pl/rodo>

KODY WYKORZYSTYWANE PRZY WYPEŁNIANIU DOKUMENTÓW

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:

01 10 - pracownik podlegający ubezpieczeniom społecznym i ubezpieczeniu zdrowotnemu

01 11 - pracownik podlegający ubezpieczeniom społecznym i z mocy przepisów szczególnych niepodlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu

01 12 - osoba pobierająca świadczenie szkoleniowe wypłacane po ustaniu zatrudnienia

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, 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.

01 20 - pracownik młodociany

01 24 - były pracownik mianowany lub były urzędnik służby cywilnej, z którym został rozwiązany stosunek pracy, pobierający świadczenie pieniężne za okres po ustaniu zatrudnienia

01 25 - pracownik podlegający ubezpieczeniom społecznym i ubezpieczeniu zdrowotnemu, opłacający składki na własne ubezpieczenia 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. 83), 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”

01 26 - pracownik podlegający ubezpieczeniom 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

02 00 - osoba wykonująca pracę nakładczą

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 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.

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 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 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 w wieku do lat 3 na podstawie umowy uaktywniającej, której składki finansuje budżet państwa

04 31 - osoba sprawująca opiekę nad dziećmi w wieku do lat 3 na podstawie umowy uaktywniającej, dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia stanowi nadwyżka ponad kwotę, od której składki finansuje budżet państwa

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 nienišsza niż 60 % kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia, osoba prowadząca niepubliczną bądź publiczną szkołę, placówkę lub ich zespół, na podstawie przepisów o systemie oświaty oraz osoba prowadząca pozarolniczą działalność w zakresie wolnego zawodu

05 11 - osoba współpracująca z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność oraz osobą fizyczną, o której mowa w art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców

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 nieniższa 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 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.

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

05 20 - twórca

05 30 - artysta

05 40 - osoba niepodlegająca ubezpieczeniom społecznym i podlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu, zgodnie z art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców

05 43 - wspólnik jednoosobowej spółki z ograniczoną odpowiedzialnością oraz wspólnicy spółki jawnej, komandytowej lub partnerskiej, komplementariusz w spółce komandytowo-akcyjnej oraz akcjonariusz prostej spółki akcyjnej wnoszący jako wkład świadczenie pracy lub usług

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 nieniższa 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 nieniższa niż 30 % kwoty minimalnego wynagrodzenia

05 74 - osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą zwolniona z opłacania składek, dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi 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

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

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

05 94 - osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą zwolniona z opłacania składek, dla której podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne uzależniona jest od dochodu

06 10 - poseł lub senator pobierający uposażenie

07 10 - stypendysta sportowy pobierający stypendium podlegający z tego tytułu ubezpieczeniom społecznym oraz ubezpieczeniu zdrowotnemu albo wyłącznie ubezpieczeniu zdrowotnemu

07 20 - stypendysta sportowy pobierający stypendium 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 00 - osoba pobierająca dodatek solidarnościowy

09 10 - osoba bezrobotna pobierająca zasiłek dla bezrobotnych, osoba pobierająca świadczenie integracyjne

09 11 - osoba bezrobotna niepobierająca zasiłku dla bezrobotnych lub stypendium

09 20 - osoba pobierająca stypendium w okresie odbywania szkolenia, stażu, przygotowania zawodowego dorosłych lub uczestnictwa w zleconych przez starostę działaniach w zakresie reintegracji społecznej, na które została skierowana przez powiatowy urząd pracy lub inny niż powiatowy urząd pracy podmiot kierujący

09 21 - osoba niepełnosprawna zarejestrowana w powiatowym urzędzie pracy jako poszukująca pracy niepozostająca w zatrudnieniu pobierająca stypendium na podstawie ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia w okresie odbywania szkolenia lub stażu, na które została skierowana przez powiatowy urząd pracy

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, państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) lub w Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej

09 42 - osoba niepobierająca zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego z przyczyn określonych w art. 27 ust. 1 pkt 3-6 i ust. 2 ustawy z dnia 14 grudnia 1994 r. o zatrudnieniu i przeciwdziałaniu bezrobociu, niepodlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, której nie dotyczy obowiązek opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne

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 dnia 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, postulante i juniorysta, podlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu
- 11 10 - żołnierz niezawodowy w służbie czynnej oraz żołnierz odbywający zawodową służbę wojskową w trakcie kształcenia
- 11 11 - osoba odbywająca służbę zastępczą
- 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, Służby Ochrony Państwa albo Straży Marszałkowskiej
- 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
- 12 50 - osoba sprawująca osobistą opiekę nad dzieckiem, która bezpośrednio przed podjęciem opieki podlegała ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność
- 12 60 - osoba sprawująca osobistą opiekę nad dzieckiem, która bezpośrednio przed sprawowaniem opieki podlegała ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym jako zleceniobiorca
- 12 70 - osoba sprawująca osobistą opiekę nad dzieckiem, która bezpośrednio przed podjęciem opieki podlegała ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym jako osoba współpracująca z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność albo ze zleceniobiorcą

12 80 - osoba sprawująca osobistą opiekę nad dzieckiem, która bezpośrednio przed podjęciem opieki podlegała ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym jako osoba duchowna

12 90 - osoba sprawująca osobistą opiekę nad dzieckiem, podlegająca wyłącznie ubezpieczeniu emerytalnemu

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

14 30 - osoba pobierająca świadczenie wspierające

14 31 - osoba niepodlegająca zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej ze względu na potrzebę udzielenia wsparcia osobie pobierającej świadczenie wspierające, podlegająca z tego tytułu ubezpieczeniom społecznym oraz ubezpieczeniu zdrowotnemu

14 32 - osoba niepodlegająca zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej ze względu na potrzebę udzielenia wsparcia osobie pobierającej świadczenie wspierające, podlegająca z tego tytułu ubezpieczeniom społecznym, niepodlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu

14 33 - osoba niepodlegająca zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej ze względu na potrzebę udzielenia wsparcia osobie pobierającej świadczenie wspierające, podlegająca z tego tytułu ubezpieczeniu zdrowotnemu, niepodlegająca ubezpieczeniom społecznym

18 11 - student lub doktorant, którego nie dotyczy obowiązek opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne, z wyłączeniem osób, o których mowa w art. 3 ust. 1 pkt 3a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

18 12 - doktorant, podlegający z tego tytułu ubezpieczeniom społecznym oraz ubezpieczeniu zdrowotnemu, którego nie dotyczy obowiązek opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne

18 13 - doktorant, podlegający z tego tytułu ubezpieczeniom społecznym, niepodlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu

18 23 - student lub doktorant, który odbywa kształcenie w Rzeczypospolitej Polskiej, absolwent, który odbywa w Rzeczypospolitej Polskiej obowiązkowy staż, oraz odbywający kursy języka polskiego lub kursy przygotowawcze do podjęcia nauki w języku polskim, o którym mowa w art. 3 ust. 1 pkt 3a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

18 30 - słuchacz Krajowej Szkoły Administracji Publicznej im. Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Lecha Kaczyńskiego

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 opłacenia składek na ubezpieczenia społeczne, w związku z rozwiązaniem lub wygaśnięciem stosunku służbowego
- 21 10 - dziecko, uczeń, absolwent odbywający w Rzeczypospolitej Polskiej obowiązkowy staż oraz osoba odbywająca kurs języka polskiego lub kurs przygotowawczy do podjęcia nauki w języku polskim, niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, z wyłączeniem osób, o których mowa w art. 3 ust. 1 pkt 3a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
- 22 10 - kombatant lub osoba represjonowana albo działacz opozycji antykomunistycznej lub osoba represjonowana z powodów politycznych, których nie dotyczy obowiązek opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne
- 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
- 22 50 - osoba powołana do pełnienia funkcji na mocy aktu powołania oraz prokurent, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 35a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
- 23 30 - małżonek Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej
- 24 00 - marynarz
- 24 01 - marynarz opłacający na swój wniosek składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe za wybrane miesiące w okresie od dnia 1 stycznia 2021 r. do dnia 31 grudnia 2025 r.
- 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, lub osoba pobierająca rodzicielskie świadczenie uzupełniające 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, państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) lub w Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, którego składka na ubezpieczenie zdrowotne finansowana jest przez świadczeniobiorcę

25 10 - emeryt lub rencista zamieszkały w Rzeczypospolitej Polskiej, którego nie dotyczy obowiązek opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne na podstawie art. 67 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

25 11 - emeryt lub rencista zamieszkały w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej, państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) lub w Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, którego nie dotyczy obowiązek opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne na podstawie art. 67 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

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, państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) lub w Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej

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, państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) lub w Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej

30 00 - osoba, za którą należy rozliczyć i opłacić składki lub należne świadczenia w dokumentach rozliczeniowych składanych niewcześnie 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, z których:

- w polu pierwszym należy wpisać numer załącznika (1)

- w polu drugim i trzecim należy wpisać numer rodzaju pracy:

01 - prace bezpośrednio 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 surówki, 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 izolacyjnoegzotermicznych 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 szkliwieniu 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 cięciu termicznym w pomieszczeniach o bardzo małej kubaturze, z utrudnioną wentylacją (podwójne dna statków, zbiorniki, rury itp.)
- 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.)
- 30 - prace wewnątrz cystern, kotłów, a także zbiorników o bardzo małej kubaturze po substancjach niebezpiecznych
- 31 - prace przy ręcznym układaniu na gorąco nawierzchni z mieszanek mineralno-bitumicznych
- 32 - prace bezpośrednio przy przetwórstwie materiałów zawierających azbest lub prace rozbiórkowe związane z ich usuwaniem
- 33 - prace garbarskie bezpośrednio przy obróbce mokrych skór
- 34 - prace bezpośrednio przy zrywce lub ręcznej ścinie drzew przenośną pilarką z piłą tańczuchową
- 35 - prace w pomieszczeniach o narzuconej technologii temperaturze powietrza poniżej 0 °C
- 36 - prace fizyczne ciężkie w podziemnych kanałach ściekowych
- 37 - prace tancerzy zawodowych związane z bardzo ciężkim wysiłkiem fizycznym

38 - prace przy wywozie nieczystości stałych i płynnych oraz prace na wysypiskach i wylewiskach nieczystości związane z bardzo ciężkim wysiłkiem fizycznym

39 - prace przy kuciu ręcznym w kuźniach przemysłowych oraz obsłudze młotów mechanicznych

40 - prace przy produkcji węglików spiekanych, elektrod, rud i walczaków oraz żelazostopów

IV. Kod pracy o szczególnym charakterze - 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

04 - prace nawigatorów na statkach morskich oraz pilotów morskich

05 - prace maszynistów pojazdów trakcyjnych (maszynista 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

06 - prace bezpośrednio przy ustawianiu drogi przebiegu pociągów i pojazdów metra (dyżurny ruchu, nastawniczy, manewrowy, ustawiacz, zwrotniczy, rewident taboru bezpośrednio potwierdzający bezpieczeństwo pociągu, dyspozytor ruchu metra, dyżurny ruchu i stacji metra)

07 - prace funkcjonariuszy straży ochrony kolei

08 - prace kierowców autobusów, trolejbusów oraz motorniczych tramwajów w transporcie publicznym

09 - prace kierowców pojazdów uprzywilejowanych

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.

11 - prace operatorów reaktorów jądrowych

12 - prace operatorów żurawi wieżowych, do obsługi których są wymagane uprawnienia kategorii IŻ lub równorzędne, oraz dźwignic portowych lub stoczniowych

13 - prace przy bezpośrednim sterowaniu procesami technologicznymi mogącymi stwarzać zagrożenie wystąpienia poważnej awarii przemysłowej ze skutkami dla bezpieczeństwa publicznego

14 - prace przy bezpośrednim sterowaniu procesami technicznymi mogącymi spowodować awarię techniczną z poważnymi skutkami dla bezpieczeństwa publicznego

15 - prace bezpośrednio przy produkcji materiałów wybuchowych, środków strzałowców, wyrobów pirotechnicznych oraz ich konfekcjonowaniu

- 16 - prace bezpośrednio przy sterowaniu blokami energetycznymi wytwarzającymi energię elektryczną lub ciepłą
- 17 - prace elektryków bezpośrednio przy usuwaniu awarii oraz eksploatacji napowietrznych sieci elektroenergetycznych w warunkach prac pod napięciem
- 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, uczestniczących bezpośrednio w akcjach ratowniczych
- 21 - prace nauczycieli, wychowawców i innych pracowników pedagogicznych zatrudnionych w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych, młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, ośrodkach szkolno-wychowawczych, okręgowych ośrodkach wychowawczych, schroniskach dla nieletnich oraz zakładach poprawczych, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich
- 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
- 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
- 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 trzech 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

750 - zawieszenie statusu marynarza

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

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

218 - zawieszenie statusu marynarza

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 opłacaniu składek:

111 - urlop bezpłatny

121 - urlop wychowawczy udzielony na podstawie art. 186 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy

122 - urlop wychowawczy udzielony na podstawie art. 186 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy

131 - urlop opiekuńczy w rozumieniu art. 173¹ 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
- 337 - zasiłek macierzyński z ubezpieczenia chorobowego za okres ustalony jako okres urlopu rodzicielskiego w celu sprawowania opieki nad dzieckiem posiadającym zaświadczenie, o którym mowa w art. 4 ust. 3 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”
- 338 - zasiłek macierzyński z ubezpieczenia chorobowego za okres ustalony jako okres urlopu rodzicielskiego przysługującego w wymiarze do 9 tygodni na podstawie art. 182^{1a} § 4 albo art. 183 § 5 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy

339 - wyrównanie zasiłku macierzyńskiego z ubezpieczenia chorobowego za okres ustalony jako okres urlopu rodzicielskiego w celu sprawowania opieki nad dzieckiem posiadającym zaświadczenie, o którym mowa w art. 4 ust. 3 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”

340 - wyrównanie zasiłku macierzyńskiego z ubezpieczenia chorobowego za okres ustalony jako okres urlopu rodzicielskiego przysługującego w wymiarze do 9 tygodni na podstawie art. 182^{1a} § 4 albo art. 183 § 5 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy

341 - zasiłek macierzyński z ubezpieczenia chorobowego za okres ustalony jako okres uzupełniającego urlopu macierzyńskiego

342 - wyrównanie zasiłku macierzyńskiego z ubezpieczenia chorobowego za okres ustalony jako okres uzupełniającego urlopu macierzyńskiego

350 - inne świadczenia/przerwy

XII. Kod terminu przesyłania deklaracji i raportów:

1 - dla deklaracji składanych do 5. dnia następnego miesiąca za miesiąc poprzedni dla jednostek budżetowych i samorządowych zakładów budżetowych

(skreślony)

3 - dla deklaracji składanych do 15. dnia następnego miesiąca - dla płatników składek posiadających osobowość prawną

(skreślony)

5 - dla deklaracji składanych za sędziów, prokuratorów, żołnierzy lub funkcjonariuszy, za których jest obowiązek opłacania składek na ubezpieczenia społeczne

6 - dla deklaracji składanych do 20. dnia następnego miesiąca - dla pozostałych płatników składek

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 i 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 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

4) 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

5) 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

6) 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

7) 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 deklaracji rozliczeniowej i imiennego raportu miesięcznego

41-49 włącznie - dla deklaracji rozliczeniowej korygującej i imiennego raportu miesięcznego korygującego

Numer imiennego raportu miesięcznego powinien być zgodny z numerem deklaracji rozliczeniowej, do której jest dołączony

XV. Kod wygaśnięcia/ kod trybu rozwiązania stosunku pracy/ stosunku służbowego - składa się z 3 znaków, z których wpisana w polu 3 litera:

- R - oznacza ustanie stosunku pracy/stosunku służbowego w wyniku jego rozwiązania

- W - oznacza ustanie stosunku pracy/stosunku służbowego w wyniku jego wygaśnięcia

20R - bez wypowiedzenia, przez pracownika w związku z przejściem zakładu pracy lub jego części na innego pracodawcę

21R - w wyniku niezgodnienia nowych warunków pracy i płacy, zaproponowanych przez pracodawcę z dniem przejścia zakładu pracy lub jego części

22R - na mocy porozumienia stron

23R - wypowiedzenie przez pracodawcę

24R - wypowiedzenie przez pracownika

25R - bez wypowiedzenia przez pracodawcę, naruszenie obowiązków pracowniczych

26R - bez wypowiedzenia przez pracodawcę, popełnienie przestępstwa

27R - bez wypowiedzenia przez pracodawcę, utrata koniecznych uprawnień

28R - z upływem czasu, na który była zawarta umowa o pracę

- 29R - z dniem ukończenia pracy, dla której wykonania była zawarta umowa
- 30R - ze skróconym okresem wypowiedzenia, z przyczyn niedotyczących pracowników
- 31R - przywrócenie do pracy i zatrudnienie u innego pracodawcy
- 32R - bez wypowiedzenia przez pracodawcę, niezdolność do pracy dłuższa niż 3 mies.
- 33R - bez wypowiedzenia przez pracodawcę, wyczerpanie okresu zasiłkowego, pobierania świadczenia rehabilitacyjnego
- 34R - bez wypowiedzenia przez pracodawcę, usprawiedliwiona nieobecność dłuższa niż 1 mies.
- 35R - bez wypowiedzenia przez pracownika, orzeczenie o szkodliwym wpływie wykonywanej pracy na zdrowie
- 36R - bez wypowiedzenia przez pracownika, naruszenie obowiązków przez pracodawcę
- 37R - w przypadkach określonych w przepisach szczególnych, innych niż określone w części XVI
- 38R - powołanie u innego pracodawcy
- 39R - odwołanie
- 40R - odwołanie bez wypowiedzenia
- 41R - wygaśnięcie mandatu
- 42R - z pracownikiem młodocianym w związku z orzeczeniem lekarskim o pracy zagrażającej zdrowiu
- 43R - z przyczyn niedotyczących pracownika, grupowe zwolnienie - porozumienie stron
- 44R - z przyczyn niedotyczących pracownika, grupowe zwolnienie - wypowiedzenie
- 45R - z przyczyn niedotyczących pracownika, indywidualne zwolnienie - wypowiedzenie
- 46R - z przyczyn niedotyczących pracownika, indywidualne zwolnienie - porozumienie stron
- 47W - brak powrotu do pracy po zakończeniu stosunku pracy z wyboru
- 48W - śmierć pracownika
- 49W - śmierć pracodawcy
- 50W - tymczasowe aresztowanie
- 51W - powołanie do zawodowej służby wojskowej
- 52W - brak powrotu do pracy po zwolnieniu z czynnej służby wojskowej
- 53W - w przypadkach określonych w przepisach szczególnych, innych niż określone w części XVI
- XVI. Kod podstawy prawnej rozwiązania lub wygaśnięcia stosunku pracy lub stosunku służbowego - składa się z 3 znaków:**
- 400 - art. 23¹ § 4 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy
- 401 - art. 23¹ § 5 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy
- 402 - art. 30 § 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy

- 403 - art. 30 § 1 pkt 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy
- 404 - art. 30 § 1 pkt 3 w związku z art. 52 § 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy
- 405 - art. 30 § 1 pkt 3 w związku z art. 52 § 1 pkt 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy
- 406 - art. 30 § 1 pkt 3 w związku z art. 52 § 1 pkt 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy
- 407 - art. 30 § 1 pkt 4 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy
- 408 - art. 30 § 1 pkt 5 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy w brzmieniu obowiązującym do dnia 21 lutego 2016 r.
- 409 - art. 36¹ § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy
- 410 - art. 48 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy
- 411 - art. 30 § 1 pkt 3 w związku z art. 53 § 1 pkt 1 lit. a ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy
- 412 - art. 30 § 1 pkt 3 w związku z art. 53 § 1 pkt 1 lit. b ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy
- 413 - art. 30 § 1 pkt 3 w związku z art. 53 § 1 pkt 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy
- 414 - art. 30 § 1 pkt 3 w związku z art. 55 § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy
- 415 - art. 30 § 1 pkt 3 w związku z art. 55 § 1¹ ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy
- 416 - art. 68³ ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy
- 417 - art. 70 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy
- 418 - art. 70 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy
- 419 - art. 73 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy
- 420 - art. 201 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy
- 421 - art. 30 § 1 pkt 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy w związku z art. 1 ust. 1 ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników
- 422 - art. 30 § 1 pkt 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy w związku z art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników
- 423 - art. 74 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy
- 424 - art. 63¹ § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy
- 425 - art. 63² § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy
- 426 - art. 66 § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy
- 427 - art. 63 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy w związku z art. 189 ust. 2 ustawy z dnia 11 marca 2022 r. o obronie Ojczyzny

428 - art. 63 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy w związku z art. 315 ust. 1 ustawy z dnia 11 marca 2022 r. o obronie Ojczyzny

429 - art. 30 § 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy w związku z art. 2 pkt 38 lit. a ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia

430 - art. 30 § 1 pkt 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy w związku z art. 2 pkt 38 lit. a ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia

431 - art. 30 § 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy w związku z art. 2 pkt 38 lit. b ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia

432 - art. 30 § 1 pkt 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy w związku z art. 2 pkt 38 lit. b ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia

433 - art. 30 § 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy w związku z art. 3 ustawy z dnia 13 lipca 2006 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy

434 - art. 30 § 1 pkt 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy w związku z art. 3 ustawy z dnia 13 lipca 2006 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy

435 - art. 30 § 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy w związku z art. 4 ustawy z dnia 13 lipca 2006 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy

436 - art. 30 § 1 pkt 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy w związku z art. 4 ustawy z dnia 13 lipca 2006 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy

437 - art. 30 § 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy w związku z art. 5 ustawy z dnia 13 lipca 2006 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy

438 - art. 30 § 1 pkt 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy w związku z art. 5 ustawy z dnia 13 lipca 2006 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy

439 - art. 30 § 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy w związku z art. 6 ustawy z dnia 13 lipca 2006 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy

440 - art. 30 § 1 pkt 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy w związku z art. 6 ustawy z dnia 13 lipca 2006 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy

441 - art. 30 § 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy w związku z art. 8 ustawy z dnia 13 lipca 2006 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy

442 - art. 30 § 1 pkt 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy w związku z art. 8 ustawy z dnia 13 lipca 2006 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy

443 - art. 30 § 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy w związku z art. 8a ustawy z dnia 13 lipca 2006 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy

444 - art. 30 § 1 pkt 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy w związku z art. 8a ustawy z dnia 13 lipca 2006 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy

445 - art. 27 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. o kuratorach sądowych

446 - art. 62 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 13 kwietnia 2007 r. o Państwowej Inspekcji Pracy

447 - art. 71 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 21 listopada 2008 r. o służbie cywilnej

448 - art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 16 września 1982 r. o pracownikach urzędów państwowych

449 - art. 170 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 16 listopada 2016 r. - Przepisy wprowadzające ustawę o Krajowej Administracji Skarbowej

450 - art. 97 ust. 3 ustawy z dnia 16 grudnia 2016 r. - Przepisy wprowadzające ustawę o zasadach zarządzania mieniem państwowym

451 - art. 30 § 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy w związku z art. 20 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. - Karta Nauczyciela

452 - art. 30 § 1 pkt 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy w związku z art. 20 ust. 1 pkt i ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. - Karta Nauczyciela

453 - art. 30 § 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy w związku z art. 20 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. - Karta Nauczyciela

454 - art. 30 § 1 pkt 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy w związku z art. 20 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. - Karta Nauczyciela

455 - art. 20 ust. 5c ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. - Karta Nauczyciela

456 - art. 20 ust. 6 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. - Karta Nauczyciela

457 - art. 20 ust. 7 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. - Karta Nauczyciela

458 - art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. - Karta Nauczyciela

459 - art. 23 ust. 4 pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. - Karta Nauczyciela

460 - art. 27 ust. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. - Karta Nauczyciela

461 - art. 225 ust. 1, 6 i 10 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. - Przepisy wprowadzające ustawę - Prawo oświatowe

462 - art. 225 ust. 7 pkt 1 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. - Przepisy wprowadzające ustawę - Prawo oświatowe

463 - art. 226 ust. 1 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. - Przepisy wprowadzające ustawę - Prawo oświatowe

550 - inna niż określona w kodach od 400 do 463 - podstawa prawna rozwiązania lub wygaśnięcia stosunku pracy lub stosunku służbowego

XVII. Kod pracy w szczególnych warunkach, o której mowa w art. 32 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych:

1) 5 pierwszych znaków jest zgodne z załącznikiem do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 7 lutego 1983 r. w sprawie wieku emerytalnego pracowników zatrudnionych w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze, z których:

- w polu pierwszym wpisujemy nazwę wykazu (A lub B)
- dwa następne znaki to numer działu w wykazie podany cyframi arabskimi
- dwa znaki dalsze to numer rodzaju pracy w dziale

2) 6 i 7 znak to kod dotychczasowych przepisów zarządzeń i uchwał resortowych według następującej listy:

- 01 - zarządzenie nr 9 Ministra Administracji, Gospodarki Terenowej i Ochrony Środowiska z dnia 1 lipca 1983 r.
- 02 - zarządzenie nr 9 Ministra Budownictwa i Przemysłu Materiałów Budowlanych z dnia 1 sierpnia 1983 r.
- 03 - zarządzenie nr 41 Ministra Finansów z dnia 17 maja 1985 r.
- 04 - zarządzenie nr 17 Ministra Górnictwa i Energetyki z dnia 12 sierpnia 1983 r.
- 05 - zarządzenie nr 19 Ministra Handlu Wewnętrznego i Usług z dnia 10 listopada 1986 r.
- 06 - zarządzenie nr 3 Ministra Hutnictwa i Przemysłu Maszynowego z dnia 30 marca 1985 r.
- 07 - zarządzenie nr 64 Ministra Komunikacji z dnia 29 czerwca 1983 r.
- 08 - zarządzenie nr 50 Ministra Handlu Zagranicznego z dnia 13 grudnia 1983 r.
- 09 - zarządzenie nr 26 Ministra Kultury i Sztuki z dnia 1 lipca 1983 r.
- 10 - zarządzenie nr 33 Ministra Łączności z dnia 16 maja 1983 r.
- 11 - zarządzenie nr 28 Ministra Pracy, Płac i Spraw Socjalnych z dnia 30 lipca 1986 r.
- 12 - zarządzenie nr 37 Ministra Nauki, Szkolnictwa Wyższego i Techniki z dnia 25 października 1983 r.
- 13 - zarządzenie nr 48 Ministra Obrony Narodowej z dnia 12 września 1983 r.
- 14 - zarządzenie nr DK 4-1000-1/84 Ministra Oświaty i Wychowania z dnia 15 czerwca 1984 r.
- 15 - zarządzenie nr 16 Ministra Rolnictwa, Leśnictwa i Gospodarki Żywnościowej z dnia 31 marca 1988 r.
- 16 - zarządzenie nr 11/86 Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 4 marca 1986 r.
- 17 - zarządzenie nr 51/83/CZZK Ministra Sprawiedliwości z dnia 20 października 1983 r.
- 18 - zarządzenie nr 7 Ministra Przemysłu Chemicznego i Lekkiego z dnia 7 lipca 1987 r.
- 19 - zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 12 lipca 1983 r.
- 20 - zarządzenie nr 9 Ministra Gospodarki Materiałowej z dnia 31 maja 1983 r.
- 21 - zarządzenie nr 9 Prezesa Centralnego Urzędu Geologii z dnia 4 lipca 1983 r.
- 22 - zarządzenie nr 11 Przewodniczącego Komitetu do Spraw Młodzieży i Kultury Fizycznej z dnia 1 lipca 1988 r.
- 23 - zarządzenie nr 24 Ministra - Kierownika Urzędu Gospodarki Morskiej z dnia 15 sierpnia 1983 r.
- 24 - zarządzenie nr 24 Prezesa Polskiego Komitetu Normalizacji, Norm i Jakości z dnia 6 czerwca 1983 r.
- 25 - uchwała nr 64/83 Zarządu Głównego Centralnego Związku Spółdzielni Rolniczych „Samopomoc Chłopska” z dnia 25 lipca 1983 r.
- 26 - uchwała nr 184 Zarządu Centralnego Związku Spółdzielni Budownictwa Mieszkaniowego z dnia 20 maja 1983 r.

- 27 - uchwała nr 80/83 Zarządu Centralnego Związku Spółdzielczości Pracy z dnia 30 czerwca 1983 r.
- 28 - uchwała nr 38 Zarządu „Społem” Centralnego Związku Spółdzielni Spożywców z dnia 11 lipca 1983 r.
- 29 - uchwała nr 106 Zarządu Centralnego Związku Spółdzielni Inwalidów z dnia 20 lipca 1983 r.
- 30 - uchwała nr 16/83 Zarządu Centralnego Związku Spółdzielni Mleczarskich z dnia 27 czerwca 1983 r.
- 31 - uchwała nr 14/84 Zarządu Centrali i Spółdzielni Ogrodniczych i Pszczelarskich z dnia 23 marca 1984 r.
- 32 - zarządzenie nr 21 Prezesa Robotniczej Spółdzielni Wydawniczej „Prasa – Książka – Ruch” z dnia 21 października 1983 r.
- 33 - uchwała nr 41/83 Zarządu Głównego Związku Zakładów Doskonalenia Zawodowego z dnia 28 września 1983 r.
- 34 - zarządzenie nr 47 Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 17 czerwca 1983 r.
- 35 - zarządzenie nr 20 Sekretarza Naukowego Polskiej Akademii Nauk z dnia 16 czerwca 1983 r.
- 36 - zarządzenie nr 12/83 Naczelnego Redaktora Polskiej Agencji Prasowej PAP z dnia 31 maja 1983 r.
- 37 - uchwała nr 22 Zarządu „Cepelii” Centralnego Związku Spółdzielni Rękodzieła Ludowego i Artystycznego z dnia 1 czerwca 1983 r.
- 38 - zarządzenie Prezesa Narodowego Banku Polskiego z dnia 17 maja 1983 r. (zmienione zarządzeniem Prezesa Narodowego Banku Polskiego nr 5/87 z dnia 7 października 1987 r. i nr 1/90 z dnia 1 sierpnia 1990 r.)
- 39 - uchwała nr 62 Zarządu Centralnego Związku Spółdzielni Niewidomych z dnia 15 lipca 1983 r.
- 40 - zarządzenie nr 24 Przewodniczącego Komitetu do spraw Radia i Telewizji „Polskie Radio i Telewizja” z dnia 15 lipca 1988 r.
- 41 - uchwała Prezydium Zarządu Stowarzyszenia „PAX” z dnia 28 grudnia 1983 r.
- 42 - uchwała nr 19/84 Zarządu Centralnego Związku Budowlanych Spółdzielni Pracy z dnia 24 kwietnia 1984 r.
- 43 - uchwała nr XXVIII/193/84 Zarządu Centralnego Związku Rolniczych Spółdzielni Produkcyjnych z dnia 15 marca 1984 r.
- 44 - zarządzenie nr 17 Ministra - Kierownika Urzędu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej z dnia 2 sierpnia 1985 r.
- 45 - zarządzenie nr 1/89 Ministra - Kierownika Urzędu do Spraw Wyznań z dnia 6 stycznia 1989 r.
- 46 - uchwała nr 24 Zarządu Krajowego Związku Rolników, Kółek i Organizacji Rolniczych z dnia 14 czerwca 1983 r.
- 47 - zarządzenie nr 2 Prezesa Państwowej Agencji Atomistyki z dnia 20 lutego 1989 r.

3) 8 i 9 znak jest to numer określający stanowisko pracy jako punkt w pozycji rodzaj pracy - określony w wykazie szczegółowym stanowiącym załącznik do uchwały lub zarządzenia resortowego, stosowanego przez płatnika składek na podstawie odrębnych przepisów.

XVIII. Kod pracy w szczególnym charakterze, o której mowa w art. 32 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych:

Przy ustalaniu tego kodu nie stosuje się systemu oznaczeń określonego dla kodów wykorzystujących układ wykazów A i B z załącznika do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 7 lutego 1983 r. w sprawie wieku emerytalnego pracowników zatrudnionych w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze i zarządzeń resortowych.

Kod ten składa się z 9 znaków:

000320301 - pracownik organów kontroli państwowej

000320302 - pracownik organów administracji celnej

pracownik /ubezpieczony/ wykonujący działalność twórczą lub artystyczną:

032030301 - tancerz

032030302 - akrobata

032030303 - gimnastyk

032030304 - ekwilibrysta

032030305 - kaskader

032030306 - solista wokalista

032030307 - muzyk grający na instrumentach dętych

032030308 - treser zwierząt drapieżnych

032030309 - artysta chóru

032030310 - żongler

032030311 - komik cyrkowy

032030312 - aktor teatru lalek

032030313 - aktorka

032030314 - dyrygentka

032030315 - muzyk grający na instrumentach smyczkowych

032030316 - muzyk grający na instrumentach perkusyjnych

032030317 - muzyk grający na instrumentach klawiszowych

032030318 - operator obrazu filmowego

032030319 - fotografik

000320304 - dziennikarz zatrudniony w redakcjach dzienników, czasopism, w radiu, telewizji oraz w organach prasowych, informacyjnych, publicystycznych albo fotograficznych objętych układem zbiorowym pracy dziennikarzy

000320305 - nauczyciel, wychowawca lub inny pracownik pedagogiczny wykonujący pracę nauczycielską, wymienioną w art. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. - Karta Nauczyciela

000320307 - pracownik jednostek ochrony przeciwpożarowej, o których mowa w art. 15 pkt 1a-5 i 8 ustawy z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej

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

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

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wisać bez kresek)

02. Numer REGION

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 / rrr)

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

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBOWE	WYPADKOWE
01. Kod tytułu ubezpieczenia <input type="text"/>	02. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe <input type="text"/>	03. Wymiar czasu pracy <input type="text"/>		
04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	<input type="text"/>	<input type="text"/>	05. <input type="text"/>	06. <input type="text"/>
SKŁADKA FINANSOWANA PRZEZ:				
ubezpieczonego	07. <input type="text"/>	08. <input type="text"/>	09. <input type="text"/>	10. <input type="text"/>
płatnika składek	11. <input type="text"/>	12. <input type="text"/>	13. <input type="text"/>	14. <input type="text"/>
budżet państwa	15. <input type="text"/>	16. <input type="text"/>	17. <input type="text"/>	18. <input type="text"/>
PFRON ²⁾	19. <input type="text"/>	20. <input type="text"/>	21. <input type="text"/>	22. <input type="text"/>
Fundusz Kościelny	23. <input type="text"/>	24. <input type="text"/>	25. <input type="text"/>	26. <input type="text"/>

27. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składki w ramach pracowniczego programu emerytalnego

28. Kwota wpłaty w ramach pracowniczego planu kapitałowego finansowana przez płatnika składek

29. 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 składek ⁴⁾

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 ⁵⁾

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 WYPELNIAM 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
-----------------------------------	----------------	-----------	----------------------------------------------------------------------------------------

<input type="checkbox"/> 05. Forma opodatkowania: zasady ogólne – podatek liniowy	<input type="checkbox"/> 06. Kwota dochodu uzyskanego w miesiącu bezpośrednio poprzedzającym miesiąc, za który dokonywane jest rozliczenie _____ zł _____ gr	<input type="checkbox"/> 07. Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne _____ zł _____ gr
<input type="checkbox"/> 08. Kwota należnej składki _____ zł _____ gr	<input type="checkbox"/> 09. Forma opodatkowania: karta podatkowa	
<input type="checkbox"/> 10. Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne _____ zł _____ gr	<input type="checkbox"/> 11. Kwota należnej składki _____ zł _____ gr	
<input type="checkbox"/> 12. Forma opodatkowania: ryczałt od przychodów ewidencjonowanych		
<input type="checkbox"/> 13. Suma przychodów w bieżącym roku kalendarzowym ⁶⁾ _____ zł _____ gr		
<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)		
<input type="checkbox"/> 15. Kwota przychodów z działalności gospodarczej uzyskanych w ubiegłym roku kalendarzowym ⁷⁾ (podaj w przypadku zaznaczenia p. 14) _____ zł _____ gr	<input type="checkbox"/> 16. Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne _____ zł _____ gr	<input type="checkbox"/> 17. Kwota należnej składki _____ zł _____ gr
<input type="checkbox"/> 18. Bez formy opodatkowania		
<input type="checkbox"/> 19. Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne _____ zł _____ gr	<input type="checkbox"/> 20. Kwota należnej składki _____ zł _____ gr	

III. F. ROCZNE ROZLICZENIE SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE ⁸⁾

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

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

ZAKŁAD UBEZPIECZENIA SPOŁECZNYCH	ZUS RCA	strona: 3	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH I WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH
----------------------------------	---------	-----------	-----------------------------------------------------------------------------

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) ¹²⁾

25. Kwota do zwrotu (p. 23 – p. 22) ¹³⁾

ŁĄCZNA KWOTA DO DOPŁATY ALBO DO ZWROTU Z ROZLICZENIA ROCZNEGO ¹⁴⁾

26. Łączna kwota do dopłaty

27. Łączna kwota do zwrotu

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 upoważnionej

03. Pieczęć płatnika składek

V. ADNOTACJE ZUS

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

²⁾ Pole wypełniasz tylko gdy korzystasz ze zwolnienia z obowiązku opłacenia składek na ubezpieczenie chorobowe na mocy art. 17a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2026 r. poz. 199).

³⁾ 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.

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

⁵⁾ 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.

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

⁷⁾ 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 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.).

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

⁹⁾ 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).

¹⁰⁾ 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.

¹¹⁾ 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.

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

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

¹⁴⁾ 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 MASZYNE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS DRA	strona: 1	DEKLARACJA ROZLICZENIOWA	
I. DANE ORGANIZACYJNE				
01. Termin przysyłania deklaracji i raportów		02. Identyfikator deklaracji (numer / mm / rrrr)		
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)		05. Znak i numer decyzji pokontrolnej		
04. 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)				
III. INNE INFORMACJE				
01. Liczba ubezpieczonych		02. Wniosek pracodawcy o dofinansowanie składek za osoby niepełnosprawne ze środków PFRON i budżetu państwa ²⁾		
		03. Stopa procentowa składek na ubezpieczenie wypadkowe		
		%		
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
	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 ²⁾		14. PFRON ²⁾	15. (p. 13 + p. 14)
	16. Fundusz Kościelny		17. Fundusz Kościelny	18. (p. 16 + p. 17)
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:	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 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 składek (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 składek od wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego		04. Kwota wypłaconych świadczeń finansowanych z FUS ⁴⁾		
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 SPOŁECZNYCH	ZUS DRA	strona: 3	DEKLARACJA ROZLICZENIOWA
-----------------------------------	---------	-----------	--------------------------

12. Forma opodatkowania:
ryczałt od przychodów ewidencjonowanych

13. Suma przychodów w bieżącym roku kalendarzowym ⁹⁾

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 ¹⁰⁾ (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 ¹¹⁾

r r r r 01. Rozliczenie składki zdrowotnej za rok

02. Zmiana formy opodatkowania od stycznia 2022 roku ¹²⁾

03. Zmiana formy opodatkowania od lipca 2022 roku ¹³⁾

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 ¹⁴⁾

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) ¹⁵⁾

zł gr

11. Kwota do zwrotu (p. 09 – p. 08) ¹⁶⁾

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) ¹⁵⁾

zł gr

18. Kwota do zwrotu (p. 16 – p. 15) ¹⁶⁾

zł gr

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS DRA	strona: 4	DEKLARACJA ROZLICZENIOWA
-----------------------------------	---------	-----------	--------------------------

19. Forma opodatkowania: ryczałt od przychodów ewidencjonowanych

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

zł gr

21. Roczna podstawa wymiaru składki

zł gr

22. Roczna składka

zł gr

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

zł gr

24. Kwota do dopłaty (p. 22 – p. 23)¹⁵⁾

zł gr

25. Kwota do zwrotu (p. 23 – p. 22)¹⁶⁾

zł gr

ŁĄCZNA KWOTA DO DOPŁATY ALBO DO ZWROTU Z ROZLICZENIA ROCZNEGO¹⁷⁾

26. Łączna kwota do dopłaty

zł gr

27. Łączna kwota do zwrotu

zł gr

XIII. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

zł gr

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. Pieczęćka 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 2025 r. poz. 132, z późn. zm.)

XIV. 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 w dniu 30 czerwca 2008 r.
- ³⁾ Pole wypełniasz tylko gdy korzystasz ze zwolnienia z obowiązku opłacenia składek na ubezpieczenie chorobowe na mocy art. 17a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2026 r. poz. 199).
- ⁴⁾ W polu należy wykazać wypłacaną za okres od stycznia 2016 r. kwotę podwyższenia zasiłku macierzyńskiego do wysokości kwoty świadczenia rodzicielskiego finansowanego z funduszu chorobowego.
- ⁵⁾ W polu tym należy także wykazać kwotę składek finansowanych z budżetu państwa, jeżeli dotację otrzymuje płatnik składek.
- ⁶⁾ Za okres od 1 kwietnia 2003 r. płatnik składek nie ma prawa do wynagrodzenia za rozliczenie składek na ubezpieczenie zdrowotne.
- ⁷⁾ 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.
- ⁸⁾ Kwota nadpłaty, zgodnie z art. 24 ust. 6a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2026 r. poz. 199), podlega zaliczeniu przez Zakład za 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.
- ⁹⁾ Kwota przychodów osiągniętych od początku roku kalendarzowego do końca miesiąca, za który dokonywane jest rozliczenie.
- ¹⁰⁾ 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 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.).
- ¹¹⁾ Roczne rozliczenie składki na ubezpieczenie zdrowotne dokonujesz począwszy od 1 maja 2023 r.
- ¹²⁾ 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).
- ¹³⁾ 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.
- ¹⁴⁾ 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.
- ¹⁵⁾ Wypełnij, jeśli składka roczna jest większa od sumy miesięcznych należnych składek wynikających ze złożonych dokumentów za rok, którego dotyczy roczne rozliczenie.
- ¹⁶⁾ Wypełnij, jeśli składka roczna jest mniejsza od sumy miesięcznych należnych składek wynikających ze złożonych dokumentów za rok, którego dotyczy roczne rozliczenie.
- ¹⁷⁾ 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.