

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	<b>ZUS</b>	<b>RCA</b>	strona: 1	<b>IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH I WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH</b>
-----------------------------------	------------	------------	-----------	----------------------------------------------------------------------------------------

**I. DANE ORGANIZACYJNE**

01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr)

**II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK**

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

03. Numer PESEL <sup>1)</sup>  04. Rodzaj dokumentu:  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 I UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE**

01. Kod tytułu ubezpieczenia  02. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe  03. Wymiar czasu pracy

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBY I WYPADKOWE	ZDROWOTNE
PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	04. <input type="text"/>	<input type="text"/>	05. <input type="text"/>	06. <input type="text"/>
KWOTA SKŁADKI FINANSOWANA PRZEZ:	07. Ubezpieczonego <input type="text"/>	08. Ubezpieczonego <input type="text"/>	09. Ubezpieczenie chorobowe <input type="text"/>	10. Ubezpieczenie zdrowotne <input type="text"/>
	11. Płatnika <input type="text"/>	12. Płatnika <input type="text"/>	13. Ubezpieczenie wypadkowe <input type="text"/>	
14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego <input type="text"/>	15. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13) <input type="text"/>			

**III. C. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA<sup>2)</sup>**

01. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego

02. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego

03. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego

04. Łączna kwota wypłaconych zasiłku (p.01 + p.02 + p.03)

**IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ**

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze  03. Typ  04. Identyfikator

**IV. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE I UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE**

01. Kod tytułu ubezpieczenia  02. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe  03. Wymiar czasu pracy

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBY I WYPADKOWE	ZDROWOTNE
PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	04. <input type="text"/>	<input type="text"/>	05. <input type="text"/>	06. <input type="text"/>
KWOTA SKŁADKI FINANSOWANA PRZEZ:	07. Ubezpieczonego <input type="text"/>	08. Ubezpieczonego <input type="text"/>	09. Ubezpieczenie chorobowe <input type="text"/>	10. Ubezpieczenie zdrowotne <input type="text"/>
	11. Płatnika <input type="text"/>	12. Płatnika <input type="text"/>	13. Ubezpieczenie wypadkowe <input type="text"/>	
14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego <input type="text"/>	15. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13) <input type="text"/>			

**IV. C. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA<sup>2)</sup>**

01. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego

02. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego

03. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego

04. Łączna kwota wypłaconych zasiłku (p.01 + p.02 + p.03)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

IV. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

**V. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ**

01. Nazwisko \_\_\_\_\_

02. Imię pierwsze \_\_\_\_\_ 03. Typ \_\_\_\_\_ 04. Identyfikator \_\_\_\_\_

**V. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE I UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE**

01. Kod tytułu ubezpieczenia \_\_\_\_\_ 02. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe \_\_\_\_\_ 03. Wymiar czasu pracy \_\_\_\_\_

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBY I WYPADKOWE	ZDROWOTNE
04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	_____ zł, _____ gr	_____ zł, _____ gr	05. _____ zł, _____ gr	06. _____ zł, _____ gr
07. Ubezpieczonego	_____ zł, _____ gr	08. Ubezpieczonego	09. Ubezpieczenie chorobowe	10. Ubezpieczenie zdrowotne
11. Płatnika	_____ zł, _____ gr	12. Płatnika	13. Ubezpieczenie wypadkowe	
14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego _____ zł, _____ gr		15. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13) _____ zł, _____ gr		

**V. C. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA<sup>2)</sup>**

01. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego \_\_\_\_\_ zł, \_\_\_\_\_ gr

02. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego \_\_\_\_\_ zł, \_\_\_\_\_ gr

03. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego \_\_\_\_\_ zł, \_\_\_\_\_ gr

04. Łączna kwota wypłaconych zasiłku (p.01 + p.02 + p.03) \_\_\_\_\_ zł, \_\_\_\_\_ gr

V. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

**VI. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ**

01. Nazwisko \_\_\_\_\_

02. Imię pierwsze \_\_\_\_\_ 03. Typ \_\_\_\_\_ 04. Identyfikator \_\_\_\_\_

**VI. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE I UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE**

01. Kod tytułu ubezpieczenia \_\_\_\_\_ 02. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe \_\_\_\_\_ 03. Wymiar czasu pracy \_\_\_\_\_

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBY I WYPADKOWE	ZDROWOTNE
04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	_____ zł, _____ gr	_____ zł, _____ gr	05. _____ zł, _____ gr	06. _____ zł, _____ gr
07. Ubezpieczonego	_____ zł, _____ gr	08. Ubezpieczonego	09. Ubezpieczenie chorobowe	10. Ubezpieczenie zdrowotne
11. Płatnika	_____ zł, _____ gr	12. Płatnika	13. Ubezpieczenie wypadkowe	
14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego _____ zł, _____ gr		15. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13) _____ zł, _____ gr		

**VI. C. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA<sup>2)</sup>**

01. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego \_\_\_\_\_ zł, \_\_\_\_\_ gr

02. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego \_\_\_\_\_ zł, \_\_\_\_\_ gr

03. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego \_\_\_\_\_ zł, \_\_\_\_\_ gr

04. Łączna kwota wypłaconych zasiłku (p.01 + p.02 + p.03) \_\_\_\_\_ zł, \_\_\_\_\_ gr

VI. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

**VII. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK**

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr) \_\_\_\_\_

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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej \_\_\_\_\_

03. Pieczęć płatnika \_\_\_\_\_

**VIII. ADNOTACJE ZUS**

1) Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.  
2) 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.