

Nazwa kwalifikacji: **Rozliczanie wynagrodzeń i danin publicznych**

Oznaczenie kwalifikacji: **A.65**

Numer zadania: **02**

Wypełnia zdający

Miejsce na naklejkę z numerem
PESEL i z kodem ośrodka

Numer PESEL zdającego*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

A.65-02-16.01

Czas trwania egzaminu: **180 minut**

EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE
Rok 2016
CZEŚĆ PRAKTYCZNA

Instrukcja dla zdającego

1. Na pierwszej stronie arkusza egzaminacyjnego wpisz w oznaczonym miejscu swój numer PESEL i naklej naklejkę z numerem PESEL i z kodem ośrodka.
2. Na KARCIE OCENY w oznaczonym miejscu przyklej naklejkę z numerem PESEL oraz wpisz:
 - swój numer PESEL*,
 - oznaczenie kwalifikacji,
 - numer zadania,
 - numer stanowiska.
3. Sprawdź, czy arkusz egzaminacyjny zawiera 10 stron i nie zawiera błędów. Ewentualny brak stron lub inne usterki zgłoś przez podniesienie ręki przewodniczącemu zespołu nadzorującego.
4. Zapoznaj się z treścią zadania oraz stanowiskiem egzaminacyjnym. Masz na to 10 minut. Czas ten nie jest wliczany do czasu trwania egzaminu.
5. Czas rozpoczęcia i zakończenia pracy zapisze w widocznym miejscu przewodniczący zespołu nadzorującego.
6. Wykonaj samodzielnie zadanie egzaminacyjne. Przestrzegaj zasad bezpieczeństwa i organizacji pracy.
7. Po zakończeniu wykonania zadania pozostaw arkusz egzaminacyjny z rezultatami oraz KARTĘ OCENY na swoim stanowisku lub w miejscu wskazanym przez przewodniczącego zespołu nadzorującego.
8. Po uzyskaniu zgody zespołu nadzorującego możesz opuścić salę/miejsce przeprowadzania egzaminu.

Powodzenia!

* w przypadku braku numeru PESEL – seria i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość

Zadanie egzaminacyjne

Joanna Sulej prowadzi jednoosobową działalność gospodarczą w zakresie świadczenia usług hotelarskich.

Wykonaj prace kadrowo-płacowe dla Hotelu MAZURY Joanna Sulej:

- sporządź i wydrukuj z programu kadrowo-płacowego dla pracownika Tomasza Szydłowskiego:
 - *Umowę o pracę* nr 1/2015,
 - *Listę płac* za listopad 2015 r. (jeżeli korzystasz z programu *Symfonia*, wydrukuj listę płac rozbudowaną),
- wypełnij formularze:
 - *ZUS RCA Imienny raport miesięczny o należnych składkach i wypłaconych świadczeniach* dla pracownika Tomasza Szydłowskiego,
 - *ZUS RCA Imienny raport miesięczny o należnych składkach i wypłaconych świadczeniach* dla właścicielki Joanny Sulej,
 - *ZUS DRA Deklarację rozliczeniową* za listopad 2015 r.

Formularze do wypełnienia znajdują się w arkuszu egzaminacyjnym; wypełnij formularze na 15 grudnia 2015 r.

Wykonaj zadanie na stanowisku egzaminacyjnym wyposażonym w komputer podłączony do drukarki sieciowej z zainstalowanym programem kadrowo-płacowym.

Prace z programem kadrowo-płacowym rozpocznij od:

- wprowadzenia danych identyfikacyjnych Hotelu MAZURY Joanna Sulej,
- wprowadzenia swojego numeru PESEL pod nazwą Hotelu MAZURY Joanna Sulej,
- ustawienia parametrów programu niezbędnych do wykonania zadania,
- wprowadzenia danych właścicielki/wspólnika Joanny Sulej,
- wprowadzenia danych pracownika Tomasza Szydłowskiego do ewidencji osobowej.

Dane identyfikacyjne Hotelu MAZURY Joanna Sulej

Nazwa skrócona	MAZURY
Nazwa pełna	Hotel MAZURY Joanna Sulej Wpisz swój numer PESEL
NIP	8481769208
REGON	281605870
Adres siedziby	ul. M. Kajki 4, 19-300 Ełk
Gmina/Poczta	Ełk
województwo	warmińsko-mazurskie
Numer rachunku bankowego	Nazwa: rachunek bieżący 13 1020 4724 0000 3302 0090 3351
Nazwa banku	PKO SA Oddział 1 w Ełku
Urząd Skarbowy	Symbol: US Urząd Skarbowy w Ełku ul. Wojska Polskiego 67, 19-300 Ełk kod US 2806
Rachunek bankowy dla deklaracji PIT	44 1010 1397 0010 2322 2300 0000 NBP O/Okr. w Olsztynie
Forma prawna	jednoosobowa działalność gospodarcza
Osoba fizyczna do deklaracji/wspólnik	Joanna Sulej – osoba upoważniona do podpisywania dokumentów
Typ prowadzonej działalności	pozarolnicza działalność gospodarcza
Rodzaj prowadzonej działalności	usługowa
Rok rozpoczęcia pracy	2015
Miesiąc pierwszej wypłaty	Listopad 2015 r.
Zasiłki wypłacane przez	ZUS
Dzień przekazania składek ZUS	15. dzień następnego miesiąca
Imię i nazwisko szefa	Joanna Sulej/Identyfikator: JS

Dane identyfikacyjne właścicielki/wspólnika

Imię i nazwisko	Joanna Sulej
Data i miejsce urodzenia	09.01.1986 r., Ełk
PESEL	86010915822
NIP	8481769208
Adres zamieszkania	ul. Jagiełły 11, 19-300 Ełk
Poczta/gmina	Ełk
Województwo	warmińsko-mazurskie
Udział w firmie	100,00%
Urząd Skarbowy	Urząd Skarbowy w Ełku
Ubezpieczenia społeczne i zdrowotne	Prowadzona działalność gospodarcza jest jedynym tytułem do ubezpieczeń. Właścicielka jest zgłoszona do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego.
Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne	2 375,40 zł
Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne	3 104,57 zł
Sposób rozliczenia PIT	Podatek progresywny zaliczka wpłacana miesięcznie
Typ i numer identyfikatora w ZUS	PESEL
Tytuł ubezpieczenia	05 10 0 0
Deklaracje ZUS	Generuj deklarację RCA
Oddział NFZ	14R warmińsko-mazurski
Data przystąpienia do NFZ	02.11.2015 r.

Dane pracownicy potrzebne do sporządzenia ewidencji osobowej, umowy o pracę i listy płac

Imię i nazwisko	Tomasz Szydłowski
Data i miejsce urodzenia	21.03.1971 r., Ełk
Filar ZUS	I filar
Stan cywilny	żonaty
Imię ojca	Kamil
Imię matki	Inga
Nazwisko rodowe matki	Lubicz
PESEL	71032108259
Dowód osobisty	AGJ 79 4041 wydany przez Prezydenta Miasta Ełk data wydania 15.05.2010 r.
Adres zamieszkania	ul. Armii Krajowej 28, 19-300 Ełk
Gmina/Powiat	Ełk
Województwo	warmińsko-mazurskie
Urząd Skarbowy	Urząd Skarbowy w Ełku
Oddział NFZ	14R warmińsko-mazurski
Data przystąpienia do NFZ	02.11.2015 r.
Wykształcenie	średnie zawodowe technik hotelarstwa
Zestaw płacowy	Administracja
Data zatrudnienia	02.11.2015 r.
Okres zatrudnienia	na czas określony od 02.11.2015 r. – 31.01.2016 r.
Dział	administracja
Stanowisko	recepjonista
Czas pracy	1/1 (pełen etat)
Składniki wynagrodzenia	podstawa miesięczna 2 400,00 zł
Tytuł ubezpieczenia	01 10 0 0
Generowany raport	ZUS RCA
Naliczaj składki ZUS	emerytalne, rentowe, chorobowe, wypadkowe, zdrowotne, FP, FGŚP
Koszty uzyskania przychodów	odliczać
Uprawnienie do ulgi podatkowej	złożył pracodawcy oświadczenie PIT-2
Treść umowy	umowa o pracę
Ewidencja czasu pracy	Przepracował w listopadzie zgodnie z wymiarem czasu pracy 20 dni od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 16:00 oraz w godzinach nadliczbowych: – 8 godzin w niedzielę w dniu 22 listopada 2015 r. od 8:00 do 16:00, – 2 godziny w dniu 25 listopada 2015 r. od 16.00 do 18.00.
Rozliczanie godzin nadliczbowych	Dodatek do wynagrodzenia wynosi: – 100% wynagrodzenia w niedzielę i święta, – 50% wynagrodzenia w dni robocze.

Składki na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, FP, FGŚP od 1 kwietnia 2015 r.

Rodzaj ubezpieczenia		emerytalne	rentowe	chorobowe	wypadkowe	zdrowotne	FP	FGŚP
Składki finansowane przez	pracownika	9,76%	1,5%	2,45%	-	9%	-	-
	pracodawcę	9,76%	6,5%	-	1,80%	-	2,45%	0,10%

Składki ZUS przedsiębiorców obowiązujące od 1 kwietnia 2015 r.

Podstawa wymiaru składek na			Składki ZUS za kwiecień – grudzień 2015 r.					
ubezpieczenia społeczne	ubezpieczenie zdrowotne	Fundusz Pracy	Konto 83..1 bez chorobowego	Konto 83..1 z chorobowym		Konto 78..2	Konto 73..3	
za okres			696,47 zł	754,67 zł		279,41 zł	58,20 zł	
01-12.2015 r.			Ubezpieczenia społeczne				Ubezpieczenie zdrowotne	Fundusz Pracy
			Emerytalne	Rentowe	Chorobowe	Wypadkowe*		
2 375,40 zł	3 104,57 zł	2 375,40 zł	463,68 zł	190,03 zł	58,20 zł	42,76 zł	279,41 zł	58,20 zł

* Składka na ubezpieczenie wypadkowe dla płatników zgłaszających nie więcej niż 9 osób ubezpieczonych, czyli w wysokości 1,80%.

Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 180 minut.

Ocenić będą 5 rezultatów:

- *Umowa o pracę nr 1/2015* – wydruk z programu kadrowo-płacowego,
- *Lista płac za listopad 2015 r.* – wydruk z programu kadrowo-płacowego (wydruk z programu *Symfonia* – lista płac rozbudowana),
- *ZUS RCA Imienny raport miesięczny o należnych składkach i wypłaconych świadczeniach* dla pracownika Tomasza Szydłowskiego – dokument sporządzony w arkuszu egzaminacyjnym,
- *ZUS RCA Imienny raport miesięczny o należnych składkach i wypłaconych świadczeniach* dla właścicielki Joanny Sulej – dokument sporządzony w arkuszu egzaminacyjnym,
- *ZUS DRA Deklaracja rozliczeniowa* za listopad 2015 r. – dokument sporządzony w arkuszu egzaminacyjnym.

Formularz ZUS RCA (do wypełnienia dla pracownika i dla właścicielki)

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

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

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

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)

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	zł, gr		05. zł, gr	06. zł, gr
SKŁADKA FINANSOWANA PRZEZ:				
ubezpieczonego	07. zł, gr	08. zł, gr	09. zł, gr	10. zł, gr
płatnika	11. zł, gr	12. zł, gr	13. zł, gr	14. zł, gr
budżet państwa	15. zł, gr	16. zł, gr	17. zł, gr	18. zł, gr
PFRON ²⁾	19. zł, gr	20. zł, gr	21. zł, gr	22. zł, gr
Fundusz Kościelny	23. zł, gr	24. zł, gr	25. zł, gr	26. zł, gr
27. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego	zł, gr		28. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.26)	zł, gr

III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Podstawa wymiaru składki

02. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika³⁾

03. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS

04. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego

05. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny

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

01. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego

02. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego

03. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego

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

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS RCA	strona: 2	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH I WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH
--------------------------------	---------	-----------	---

IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

IV. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBY	WYPADKOWE
01. Kod tytułu ubezpieczenia	02. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe			03. Wymiar czasu pracy
04. Podstawa wymiaru składki	05.		06.	
07. Składka finansowana przez ubezpieczonego	08.	09.	10.	
11. Składka finansowana przez płatnika	12.	13.	14.	
15. Składka finansowana przez budżet państwa	16.	17.	18.	
19. Składka finansowana przez PFRON ¹⁾	20.	21.	22.	
23. Składka finansowana przez Fundusz Kościelny	24.	25.	26.	
27. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego			28. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.26)	

IV. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Podstawa wymiaru składki

02. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika³⁾

03. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS

04. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego

05. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny

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

01. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego

02. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego

03. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego

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

V. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

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

VI. ADNOTACJE ZUS

¹⁾ Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.
²⁾ Pól nie wypełnia się w dokumentach za okres od stycznia 2008 r., a w razie składania korekt za okres do grudnia 2007 r. może zostać wykazana kwota, nie wyższa od kwoty dofinansowania uwzględnionego w raporcie za ten okres, złożonym nie później niż 30 czerwca 2008 r.
³⁾ W tym polu należy także wykazać kwotę składki finansowaną z budżetu państwa, jeśli dotację otrzymuje płatnik.
⁴⁾ Blok ten należy wypełnić tylko w przypadku składania korekt dokumentów, w których płatnik składek wykazał świadczenia finansowane z budżetu państwa należne za okres do dnia 31 sierpnia 2006 r.

Formularz ZUS DRA do wypełnienia

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS DRA	strona: 1	DEKLARACJA ROZLICZENIOWA
---------------------------------------	----------------	------------------	---------------------------------

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Termin przysyłania deklaracji i raportów

02. Identyfikator deklaracji (numer / mm / rrrr)

03. Data nadania (dd / mm / rrrr)

04. Nalepka „R”

05. Znak i numer decyzji pokontrolnej

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA 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)

III. INNE INFORMACJE

01. Liczba ubezpieczonych

02. Wniosek pracodawcy o dofinansowanie składek za osoby niepełnosprawne ze środków PFRON i budżetu państwa²⁾

03. Stopa procentowa składek na ubezpieczenie wypadkowe

IV. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE ORAZ ŹRÓDEŁ FINANSOWANIA

SUMY SKŁADEK	Kwota składek na ubezpieczenie emerytalne		Kwota składek na ubezpieczenia rentowe		Suma kwot składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe	
	01.	zł, gr	02.	zł, gr	03. (p. 01 + p. 02)	zł, gr
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:						
ubezpieczonych	04.	zł, gr	05.	zł, gr	06. (p. 04 + p. 05)	zł, gr
płatnika	07.	zł, gr	08.	zł, gr	09. (p. 07 + p. 08)	zł, gr
budżet państwa	10.	zł, gr	11.	zł, gr	12. (p. 10 + p. 11)	zł, gr
PFRON ²⁾	13.	zł, gr	14.	zł, gr	15. (p. 13 + p. 14)	zł, gr
Fundusz Kościelny	16.	zł, gr	17.	zł, gr	18. (p. 16 + p. 17)	zł, gr

SUMY SKŁADEK	Kwota składek na ubezpieczenie chorobowe		Kwota składek na ubezpieczenie wypadkowe		Suma kwot składek na ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe	
	19.	zł, gr	20.	zł, gr	21. (p. 19 + p. 20)	zł, gr
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:						
ubezpieczonych	22.	zł, gr	23.	zł, gr	24. (p. 22 + p. 23)	zł, gr
płatnika	25.	zł, gr	26.	zł, gr	27. (p. 25 + p. 26)	zł, gr
budżet państwa	28.	zł, gr	29.	zł, gr	30. (p. 28 + p. 29)	zł, gr
PFRON ²⁾	31.	zł, gr	32.	zł, gr	33. (p. 31 + p. 32)	zł, gr
Fundusz Kościelny	34.	zł, gr	35.	zł, gr	36. (p. 34 + p. 35)	zł, gr

37. Kwota składek na ubezpieczenia społeczne, które powinien przekazać płatnik (p. 06 + p. 09 + p. 24 + p. 27)

zł, gr

V. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ PODLEGAJĄCYCH ROZLICZENIU W CIĘŻAR SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

01. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego	zł, gr	03. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego	zł, gr
02. Kwota wynagrodzenia należnego płatnikowi od wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego	zł, gr	04. Kwota wypłaconych świadczeń finansowanych z budżetu państwa ³⁾	zł, gr
		05. Łączna kwota do potrącenia (p. 01 + p. 02 + p. 03 + p. 04)	zł, gr

VI. ROZLICZENIE CZĘŚCI IV I V

01. Kwota do zwrotu przez ZUS: (p.V. 05 - p.IV. 37)

zł, gr

02. Kwota do zapłaty przez płatnika: (p. IV. 37 - p.V. 05)

zł, gr

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS	DRA	strona: 2	DEKLARACJA ROZLICZENIOWA
-----------------------------------	-----	-----	-----------	--------------------------

VII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kwota należnych składek finansowana przez płatnika ⁴⁾	<input type="text"/>	zł	gr	05. Kwota należnych składek do przekazania przez płatnika (p.01+ p.02)	<input type="text"/>	zł	gr
02. Kwota należnych składek finansowana przez ubezpieczonych	<input type="text"/>	zł	gr	06. Kwota należnego wynagrodzenia dla płatnika ⁵⁾	<input type="text"/>	zł	gr
03. Kwota należnych składek finansowana przez Fundusz Kościelny	<input type="text"/>	zł	gr	07. Kwota do zapłaty (p.05 - p.06)	<input type="text"/>	zł	gr
04. Kwota należnych składek finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS	<input type="text"/>	zł	gr				

VIII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FP I FGŚP

01. Kwota należnych składek na Fundusz Pracy	<input type="text"/>	zł	gr	03. Kwota do zapłaty (p.01 + p.02)	<input type="text"/>	zł	gr
02. Kwota należnych składek na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych	<input type="text"/>	zł	gr				

IX. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FUNDUSZ EMERYTUR POMOSTOWYCH

01. Liczba pracowników, za których jest opłacana składka na Fundusz Emerytur Pomostowych	<input type="text"/>	03. Suma należnych składek na Fundusz Emerytur Pomostowych	<input type="text"/>	zł	gr
02. Liczba stanowisk pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze	<input type="text"/>				

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia	<input type="text"/>	06. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe	<input type="checkbox"/>
02. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe	<input type="text"/>	zł	gr
03. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe	<input type="text"/>	zł	gr
04. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie wypadkowe	<input type="text"/>	zł	gr
05. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne	<input type="text"/>	zł	gr

XI. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

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

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęćka płatnika

Pouczenie: W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwot z poz. VI.02, poz. VII.07, poz. VIII.03, poz. IX.03 lub wpłacania ich w niepełnej wysokości, niniejsza deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz.U. z 2012 r. poz. 1015, z późn. zm.).

XII. ADNOTACJE ZUS

¹⁾ Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.
²⁾ Pól nie wypełnia się w dokumentach za okres od stycznia 2008 r., a w razie składania korekt za okres do grudnia 2007 r. może zostać wykazana kwota, nie wyższa od kwoty dofinansowania uwzględnionego w deklaracji za ten okres, złożonej nie później niż 30 czerwca 2008 r.
³⁾ Pole to 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.
⁴⁾ W polu tym należy także wykazać kwotę składek finansowanych z budżetu państwa, jeśli dotację otrzymuje płatnik.
⁵⁾ Za okres od dnia 1 kwietnia 2003 r. płatnik składek nie ma prawa do wynagrodzenia za rozliczenie składek na ubezpieczenie zdrowotne.