

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

Oznaczenie kwalifikacji: **A.65**

Numer zadania: **01**

Wypełnia zdający

Miejsce na naklejkę z numerem
PESEL i z kodem ośrodka

Numer PESEL zdającego*

| | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

A.65-01-17.06

Czas trwania egzaminu: **180 minut**

EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE
Rok 2017
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 13 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

Waldemar Krawczyk prowadzi od 01.04.2017 r. jednoosobową działalność gospodarczą w zakresie świadczenia usług agroturystycznych. Za kwiecień 2017 r. opłacił składki ZUS wyłącznie za siebie. Od 01.05.2017 r. zatrudnił pracownika Daniela Kotowskiego.

Wykonaj prace dla WILLA KARKONOSZE Waldemar Krawczyk:

1. Sporządź i wydrukuj z programu kadrowo-płacowego:
 - *Umowę o pracę* nr 1/2017 dla Daniela Kotowskiego,
 - *Listę płac* za maj 2017 r. dla Daniela Kotowskiego,
 - *Polecenie przelewu* do urzędu skarbowego z tytułu miesięcznej zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych za maj 2017 r. (data sporządzenia 20.06.2017 r.).
2. Wypełnij formularze:
 - *ZUS DRA Deklarację rozliczeniową* za kwiecień 2017 r. dla właściciela Waldemara Krawczyka (data wypełnienia 10.05.2017 r.),
 - *ZUS RCA Imienny raport miesięczny o należnych składkach i wypłaconych świadczeniach* za maj 2017 r. dla pracownika Daniela Kotowskiego (data wypełnienia 14.06.2017 r.),
 - *ZUS RSA Imienny raport miesięczny o wypłaconych świadczeniach i przerwach w opłacaniu składek* za maj 2017 r. dla pracownika Daniela Kotowskiego (data wypełnienia 14.06.2017 r.).

Formularze ZUS do wypełnienia znajdują się w arkuszu egzaminacyjnym.

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 WILLA KARKONOSZE Waldemar Krawczyk,
 - swojego numeru PESEL pod nazwą WILLA KARKONOSZE Waldemar Krawczyk,
 - danych właściciela (wspólnika) Waldemara Krawczyka,
 - danych pracownika Daniela Kotowskiego do ewidencji osobowej
- oraz ustawienia parametrów płacowych, podatkowych i ubezpieczeniowych.

**Dane identyfikacyjne – WILLA KARKONOSZE Waldemar Krawczyk
oraz parametry programu kadrowo-płacowego**

| | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|--|
| Nazwa skrócona | | KARKONOSZE |
| Wybierz wersję programu | | Wersja próbna |
| Nazwa pełna | | WILLA KARKONOSZE Waldemar Krawczyk wpisz swój numer PESEL |
| NIP | | 6112387438 |
| REGON | | 000527291 |
| Adres siedziby | | ul. Myśliwska 15, 58-540 Karpacz |
| Gmina/Poczta | | Karpacz |
| Województwo | | dolnośląskie |
| Rachunek bankowy | nazwa | rachunek bieżący |
| | numer | 23 1090 1926 0000 0005 1410 6219 |
| | bank | BZ WBK SA 1 O. w Jeleniej Górze |
| | stan początkowy | 10 000,00 zł |
| Urząd skarbowy | symbol | US1 |
| | kod | 0207 |
| | nazwa | Urząd Skarbowy w Jeleniej Górze |
| | adres | ul. Wolności 121, 58-500 Jelenia Góra |
| | rachunek bankowy dla deklaracji PIT | 03 1010 1674 0008 4022 2300 0000 NBP O/Okr. we Wrocławiu |
| Forma prawna | | jednoosobowa działalność gospodarcza |
| Osoba fizyczna do deklaracji/wspólnik | | Waldemar Krawczyk obok imienia wpisz swój numer PESEL |
| Typ prowadzonej działalności | | pozarolnicza działalność gospodarcza |
| Rodzaj prowadzonej działalności | | usługowa |
| Rok rozpoczęcia pracy | | 2017 |
| Miesiąc pierwszej wypłaty | | maj 2017 r. |
| Zasiłki wypłacane przez | | ZUS |
| Dzień przekazania składek ZUS | | 15. dzień następnego miesiąca |
| Imię i nazwisko szefa | | Waldemar Krawczyk/Identyfikator: WK – osoba upoważniona do podpisywania dokumentów |

Dane identyfikacyjne właściciela/wspólnika oraz parametry programu kadrowo-płacowego

| | |
|-------------------------------------|--|
| Imię i nazwisko | Waldemar Krawczyk |
| Data i miejsce urodzenia | 16.11.1965 r., Wrocław |
| PESEL | 65111600110 |
| NIP | 6112387438 |
| Adres zamieszkania | ul. Myśliwska 15, 58-540 Karpacz |
| Gmina/Pocztą | Karpacz |
| Województwo | dolnośląskie |
| Udział w firmie | 100% |
| Urząd skarbowy | Urząd Skarbowy w Jeleniej Górze |
| Rachunek bankowy | 23 1090 1926 0000 0005 1410 6219 BZ WBK SA 1 O. w Jeleniej Górze |
| Naliczanie składek na ubezpieczenia | Prowadzona działalność gospodarcza jest jedynym tytułem do ubezpieczeń. Przedsiębiorca jest zgłoszony do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. |
| Sposób rozliczania PIT | podatek progresywny zaliczka wpłacana miesięcznie |
| Typ i numer identyfikatora ZUS | P-PESEL |
| Kod tytułu ubezpieczenia | 05 10 0 0 |
| Oddział NFZ | 01R dolnośląski |
| Data przystąpienia do NFZ | 01.04.2017 r. |

Dane pracownika potrzebne do sporządzenia ewidencji osobowej, umowy o pracę, listy płac oraz dokumentów rozliczeniowych do ZUS

| | |
|---------------------------------------|---|
| Imię i nazwisko | Daniel Kotowski |
| PESEL | 88121800732 |
| Data i miejsce urodzenia | 18.12.1988 r., Zgorzelec |
| Stan cywilny | żonaty |
| Imię ojca | Ryszard |
| Imię i nazwisko rodowe matki | Felicja Orłowska |
| Adres zameldowania/zamieszkania | ul. Gimnazjalna 7, 58-540 Karpacz |
| Gmina/Poczta | Karpacz |
| Województwo | dolnośląskie |
| Filar ZUS | I i II filar |
| Urząd skarbowy | Urząd Skarbowy w Jeleniej Górze |
| Oddział NFZ | 01R dolnośląski |
| Data przystąpienia do NFZ | 01.05.2017 r. |
| Zestaw płacowy | administracja |
| Data zawarcia umowy | 28.04.2017 r. |
| Dzień rozpoczęcia pracy | 01.05.2017 r. |
| Rodzaj umowy | umowa na czas określony od 01.05.2017 r. – 31.08.2017 r. |
| Dział | Administracja |
| Stanowisko | repcjonista |
| Czas pracy | 1/1 (pełen etat) |
| Składniki wynagrodzenia | podstawa miesięczna 2 700,00 zł |
| Kod tytułu ubezpieczenia | 01 10 0 0 |
| Naliczane składki ZUS | emerytalne, rentowe, chorobowe, wypadkowe, zdrowotne, FP, FGŚP |
| Miesięczne koszty uzyskania przychodu | 111,25 zł |
| Uprawnienie do ulgi podatkowej | pracownik złożył pracodawcy oświadczenie PIT-2 |
| Ewidencja czasu pracy | <ul style="list-style-type: none"> – pracownik złożył wniosek o udzielenie mu urlopu ojcowskiego – kod świadczenia/przerwy 327, zasiłek macierzyński z ubezpieczenia chorobowego za okres urlopu ojcowskiego – pracodawca nie jest płatnikiem zasiłków |
| Data sporządzenia listy płac | 31.05.2017 r. |

Daniel Kotowski
ul. Gimnazjalna 7
58-540 Karpacz

Karpacz, 08 maja 2017 r.
(miejsowość i data)

Waldemar Krawczyk
WILLA KARKONOSZE
ul. Myśliwska 15, 58-540 Karpacz

Wniosek o udzielenie urlopu ojcowskiego

Jako ojciec/~~prawny opiekun~~* dziecka(i) na podstawie art. 182³ k.p. wnoszę o udzielenie mi urlopu ojcowskiego na: **Konrada Kotowskiego, urodzonego 20 listopada 2016 r.**

(imię i nazwisko, data urodzenia dziecka(i))

w wymiarze 1 tygodni(a), w okresie od **dnia 15 maja 2017 r. do dnia 21 maja 2017 r.**

Jednocześnie oświadczam, że nie korzystałem z urlopu ojcowskiego w celu sprawowania osobistej opieki nad wyżej wymienionym dzieckiem oraz nie pobierałem zasiłku macierzyńskiego z innego tytułu.

Daniel Kotowski
(podpis pracownika)

Załącznik:

1) odpis skróconego aktu urodzenia dziecka

* niewłaściwe skreślić

Składki na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, FP, FGŚP w 2017 r.

| Rodzaj składki | | emerytalna | rentowa | chorobowa | wypadkowa | zdrowotna | 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 w 2017 r.

| Podstawa wymiaru składek na | | | Składki ZUS za styczeń – grudzień 2017 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 | | | 749,94 zł | 812,61 zł | 297,28 zł | 62,67 zł | | | |
| 01-12.2017 r. | | | Ubezpieczenia społeczne | | | | Ubezpieczenie zdrowotne | Fundusz Pracy | |
| | | | Emerytalne | Rentowe | Chorobowe | Wypadkowe* | | | |
| 2557,80 zł | 3303,13 zł | 2557,80 zł | 499,28 zł | 204,62 | 62,67 zł | 46,04 zł | 297,28 zł | 62,67 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.

Ocenie będzie podlegać 6 rezultatów:

- *Umowa o pracę* nr 1/2017 dla Daniela Kotowskiego – wydruk,
- *Lista płac* za maj 2017 r. dla Daniela Kotowskiego – wydruk (wydruk listy płac rozbudowany/szczegółowy),
- *Polecenie przelewu* do urzędu skarbowego z tytułu miesięcznej zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych za maj 2017 r. – wydruk,
- *ZUS DRA Deklaracja rozliczeniowa* za kwiecień 2017 r. dla właściciela Waldemara Krawczyka,
- *ZUS RCA Imienny raport miesięczny o należnych składkach i wypłaconych świadczeniach* za maj 2017 r. dla pracownika Daniela Kotowskiego,
- *ZUS RSA Imienny raport miesięczny o wypłaconych świadczeniach i przerwach w opłacaniu składek* za maj 2017 r. dla pracownika Daniela Kotowskiego.

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 |
|---------------------------------------|------------|------------|------------------|---------------------------------|

| | | |
|--|---|---------------------------------------|
| I. DANE ORGANIZACYJNE | | |
| 01. Termin przysyłania deklaracji i raportów | 02. Identyfikator deklaracji (numer / mm / rrr) | 05. Znak i numer decyzji pokontrolnej |
| 03. Data nadania (dd / mm / rrr) | 04. 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 / rrr) | |

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

| | | | | |
|-------------------------|--|--|--|---------------------|
| SUMY SKŁADEK | 19. Kwota składek na ubezpieczenie chorobowe | 20. Kwota składek na ubezpieczenie wypadkowe | 21. (p. 19 + p. 20) Suma kwot składek na ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe | |
| | zł, gr | zł, gr | zł, gr | |
| | SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ: | 22. ubezpieczonych | 23. ubezpieczonych | 24. (p. 22 + p. 23) |
| | | zł, gr | zł, gr | zł, gr |
| | | 25. płatnika | 26. płatnika | 27. (p. 25 + p. 26) |
| | | zł, gr | zł, gr | zł, gr |
| | | 28. budżet państwa | 29. budżet państwa | 30. (p. 28 + p. 29) |
| zł, gr | | zł, gr | zł, gr | |
| 31. PFRON ²⁾ | 32. PFRON ²⁾ | 33. (p. 31 + p. 32) | | |
| zł, gr | zł, gr | zł, gr | | |
| 34. Fundusz Kościelny | 35. Fundusz Kościelny | 36. (p. 34 + p. 35) | | |
| zł, gr | zł, gr | 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 | 03. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego | 04. Kwota wypłaconych świadczeń finansowanych z budżetu państwa / FUS ³⁾ |
| zł, gr | zł, gr | zł, gr |
| 02. Kwota wynagrodzenia należnego płatnikowi od wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego | 05. Łączna kwota do potrącenia (p. 01 + p. 02 + p. 03 + p. 04) | |
| zł, gr | zł, gr | |

| | |
|---|---|
| VI. ROZLICZENIE CZĘŚCI IV I V | |
| 01. Kwota do zwrotu przez ZUS: (p. V.05 – p. IV.37) | 02. Kwota do zapłaty przez płatnika: (p. IV.37 – p. V.05) |
| zł, gr | 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"/> | 05. Kwota należnych składek do przekazania przez płatnika (p. 01 + p. 02) | <input type="text"/> |
| 02. Kwota należnych składek finansowana przez ubezpieczonych | <input type="text"/> | 06. Kwota należnego wynagrodzenia dla płatnika ⁵⁾ | <input type="text"/> |
| 03. Kwota należnych składek finansowana przez Fundusz Kościelny | <input type="text"/> | 07. Kwota do zapłaty (p. 05 – p. 06) | <input type="text"/> |
| 04. Kwota należnych składek finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS | <input type="text"/> | | |

VIII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FP I FGŚP

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

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"/> |
| 02. Liczba stanowisk pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze | <input type="text"/> | | |

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

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

XI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / 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. 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 2014 r. poz. 1619, z późn. zm.).

XII. ADNOTACJE ZUS

¹⁾ Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.
²⁾ Pół nie wypełnia się w dokumentach za okres od stycznia 2008 r., a w razie składania korekt za okres do grudnia 2007 r. może zostać wykazana kwota, nie wyższa od kwoty dofinansowania uwzględnionego w deklaracji za ten okres, złożonej nie później niż 30 czerwca 2008 r.
³⁾ W polu należy wykazać wypłacaną za okres od stycznia 2016 r. kwotę podwyższenia zasiłku macierzyńskiego do wysokości kwoty świadczenia rodzicielskiego finansowanego z funduszu chorobowego. W polu można także uwzględnić świadczenia finansowane z budżetu państwa należne za okres do dnia 31 sierpnia 2006 r. w przypadku konieczności złożenia za ten okres korekty dokumentów.
⁴⁾ W polu tym należy także wykazać kwotę składek finansowanych z budżetu państwa, jeżeli dotacją otrzymuje płatnik.
⁵⁾ Za okres od dnia 1 kwietnia 2003 r. płatnik składek nie ma prawa do wynagrodzenia za rozliczenie składek na ubezpieczenie zdrowotne.

Formularz ZUS RCA do wypełnienia

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 | CHOROBY | WYPADKOWE |
|---|------------|------------|---|------------|
| 04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI | zł, gr | | 05. zł, gr | 06. zł, gr |
| SKŁADKA FINANSOWANA PRZEZ: | | | | |
| ubezpieczonego | 07. zł, gr | 08. zł, gr | 09. zł, gr | 10. zł, gr |
| płatnika | 11. zł, gr | 12. zł, gr | 13. zł, gr | 14. zł, gr |
| budżetu 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)

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

IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko _____

02. Imię pierwsze _____

03. Typ _____ 04. Identyfikator _____

IV. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

| 01. Kod tytułu ubezpieczenia | 02. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe | 03. Wymiar czasu pracy | | |
|--|---|--|------------------------|------------------------|
| _____ | _____ | _____ / _____ | | |
| UBEZPIECZENIE | EMERYTALNE | RENTOWE | CHOROBOWE | WYPADKOWE |
| PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI | 04. _____ zł, _____ gr | _____ 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 |
| budżetu państwa | 15. _____ zł, _____ gr | 16. _____ zł, _____ gr | 17. _____ zł, _____ gr | 18. _____ zł, _____ gr |
| PFRON²⁾ | 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 składki w ramach pracowniczego programu emerytalnego _____ zł, _____ gr | | 28. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.26) _____ zł, _____ gr | | |

IV. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

| | |
|--|---|
| 01. Podstawa wymiaru składki _____ zł, _____ gr | 03. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS _____ zł, _____ gr |
| 02. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika ³⁾ _____ zł, _____ gr | 05. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny _____ zł, _____ gr |
| 04. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego _____ zł, _____ gr | |

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

| | |
|--|---|
| 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 zasiłków (p.01 + p.02 + p.03) _____ zł, _____ gr |

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 RSA do wypełnienia

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

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

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL¹⁾

04. Rodzaj dokumentu:
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. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Kod świadczenia / przerwy

03. Od (dd / mm / rrrr)

04. Do (dd / mm / rrrr)

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kwota zł, gr

IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

IV. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Kod świadczenia / przerwy

03. Od (dd / mm / rrrr)

04. Do (dd / mm / rrrr)

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kwota zł, gr

V. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

V. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Kod świadczenia / przerwy

03. Od (dd / mm / rrrr)

04. Do (dd / mm / rrrr)

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kwota zł, gr

VI. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

VI. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Kod świadczenia / przerwy

03. Od (dd / mm / rrrr)

04. Do (dd / mm / rrrr)

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kwota zł, gr

| | | | |
|-----------------------------------|---------|-----------|--|
| ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH | ZUS RSA | strona: 2 | IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH I PRZERWACH W OPŁACANIU SKŁADEK |
|-----------------------------------|---------|-----------|--|

VII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

VII. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Kod świadczenia / przerwy

03. Od (dd / mm / rrrr)

04. Do (dd / mm / rrrr)

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kwota

Okres

zł, gr

VIII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

VIII. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Kod świadczenia / przerwy

03. Od (dd / mm / rrrr)

04. Do (dd / mm / rrrr)

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kwota

Okres

zł, gr

IX. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

IX. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Kod świadczenia / przerwy

03. Od (dd / mm / rrrr)

04. Do (dd / mm / rrrr)

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kwota

Okres

zł, gr

X. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

X. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Kod świadczenia / przerwy

03. Od (dd / mm / rrrr)

04. Do (dd / mm / rrrr)

05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat

06. Kwota

Okres

zł, gr

XI. OŚWIADCZENIE 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

XII. ADNOTACJE ZUS

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

Wypełnia zdający

Do arkusza egzaminacyjnego dołączam wydruki w liczbie kartek.

Wypełnia Przewodniczący ZN

Potwierdzam dołączenie przez zdającego do arkusza egzaminacyjnego wydruków w liczbie kartek.

.....
Czytelny podpis Przewodniczącego ZN