

**Arkusz zawiera informacje prawnie
chronione do momentu rozpoczęcia egzaminu**

Układ graficzny © CKE 2016

CKE **CENTRALNA
KOMISJA
EGZAMINACYJNA**

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-placowego**

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/Pocztą		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/Poczta	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			02. Identyfikator deklaracji (numer / mm / rrr)		05. Znak i numer decyzji pokontrolnej		
01. Termin przysyłania deklaracji i raportów			04. Nalepka „R”				
03. Data nadania (dd / mm / rrr)							
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK							
01. Numer NIP (wisać 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)		
	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)		
	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		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 / FUS 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		

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

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

VII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

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

VIII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FP I FGŚP

<p>01. Kwota należnych składek na Fundusz Pracy</p> <p>02. Kwota należnych składek na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych</p>	<p>03. Kwota do zapłaty (p. 01 + p. 02)</p>
--	---

IX. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FUNDUSZ EMERYTUR POMOSTOWYCH

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

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

<p>01. Kod tytułu ubezpieczenia</p> <p>02. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe</p> <p>03. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe</p> <p>04. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie wypadkowe</p> <p>05. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne</p>	<p>06. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe</p>
--	--

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 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
PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	04. 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 składki 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 zł, gr

02. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika³⁾ zł, gr

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

04. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego zł, gr

05. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny zł, gr

III. 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

PLATNIK WYPELNIŁA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE 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
--------------------------------	---------	-----------	---

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
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 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

02. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika ³⁾ _____ zł, _____ gr

03. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS _____ zł, _____ gr

04. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego _____ zł, _____ gr

05. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny _____ zł, _____ gr

IV. D. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA ⁴⁾

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 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)

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 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. 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 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. 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 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. 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 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

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE 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 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. Pieczętka płatnika
--	------------------------

XII. ADNOTACJE ZUS

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

www.EgzaminZawodowy.info

www.EgzaminZawodowy.info

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