

**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: **02**

Wypełnia zdający

Miejsce na naklejkę z numerem
PESEL i z kodem ośrodka

Numer PESEL zdającego*

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

A.65-02-17.06

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 12 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

Mirosław Kasprowski 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 01.05.2016 r. zatrudnił pracownicę Pamelę Gaborską.

Wykonaj prace dla LEŚNICZÓWKI RYŚ Mirosław Kasprowski:

1. Sporządź i wydrukuj z programu kadrowo-płacowego:
 - *Umowę o pracę* nr 1/2017 dla Pamel Gaborskiej,
 - *Listę płac* za maj 2017 r. dla Pamel Gaborskiej,
 - *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 Mirosława Kasprowskiego (data wypełnienia 10.05.2017 r.),
 - *ZUS RCA Imienny raport miesięczny o należnych składkach i wypłaconych świadczeniach* za maj 2017 r. dla pracownicy Pamel Gaborskiej (data wypełnienia 14.06.2017 r.),
 - *ZUS RSA Imienny raport miesięczny o wypłaconych świadczeniach i przerwach w opłacaniu składek* za maj 2017 r. dla pracownicy Pamel Gaborskiej (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 LEŚNICZÓWKI RYŚ Mirosław Kasprowski,
 - swojego numeru PESEL pod nazwą LEŚNICZÓWKA RYŚ Mirosław Kasprowski,
 - danych właściciela (wspólnika) Mirosława Kasprowskiego,
 - danych pracownicy Pamel Gaborskiej do ewidencji osobowej
- oraz ustawienia parametrów płacowych, podatkowych i ubezpieczeniowych.

**Dane identyfikacyjne – LEŚNICZÓWKA RYŚ Mirosław Kasprowski
oraz parametry programu kadrowo-płacowego**

Nazwa skrócona		LEŚNICZÓWKA
Wybierz wersję programu		Wersja próbna
Nazwa pełna		LEŚNICZÓWKA RYŚ Mirosław Kasprowski wpisz swój numer PESEL
NIP		6110203078
REGON		931024095
Adres siedziby		ul. Piastowska 32, 58-580 Szklarska Poręba
Gmina/Poczta		Szklarska Poręba
Województwo		dolnośląskie
Rachunek bankowy	nazwa	rachunek bieżący
	numer	03 1090 1984 0000 0001 0081 0039
	bank	BZ WBK SA 1 O. w Szklarskiej Porębie
	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		Mirosław Kasprowski 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		Mirosław Kasprowski/Identyfikator: MK – osoba upoważniona do podpisywania dokumentów

Dane identyfikacyjne właściciela/wspólnika oraz parametry programu kadrowo-płacowego

Imię i nazwisko	Mirosław Kasproski
Data i miejsce urodzenia	21.05.1976 r., Wrocław
PESEL	76052105215
NIP	6110203078
Adres zamieszkania	ul. Piastowska 32, 58-580 Szklarska Poręba
Gmina/Poczta	Szklarska Poręba
Województwo	dolnośląskie
Udział w firmie	100%
Urząd skarbowy	Urząd Skarbowy w Jeleniej Górze
Rachunek bankowy	03 1090 1984 0000 0001 0081 0039 BZ WBK SA 1 O. w Szklarskiej Porębie
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 pracownicy potrzebne do sporządzenia ewidencji osobowej, umowy o pracę, listy płac oraz dokumentów rozliczeniowych do ZUS

Imię i nazwisko	Pamela Gaborska
PESEL	87020903047
Data i miejsce urodzenia	09.02.1987 r., Piechowice
Stan cywilny	mężatka
Imię ojca	Krzysztof
Imię i nazwisko rodowe matki	Monika Dacewicz
Adres zameldowania/zamieszkania	ul. Spokojna 9, 58-580 Szklarska Poręba
Gmina/Poczta	Szklarska Poręba
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 nieokreślony
Dział	Administracja
Stanowisko	repcjonistka
Czas pracy	1/1 (pełen etat)
Składniki wynagrodzenia	podstawa miesięczna 2 400,00 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	pracownica złożyła pracodawcy oświadczenie PIT-2
Ewidencja czasu pracy	<ul style="list-style-type: none"> – w okresie od 22 do 26 maja 2017 r. pracownica przebywała na zwolnieniu lekarskim z tytułu opieki nad chorym dzieckiem – nr zwolnienia ZUS ZLA BJ 1255896 – kod świadczenia/przerwy 312, zasiłek opiekuńczy z ubezpieczenia chorobowego – zgodnie ze świadectwem pracy z poprzedniego miejsca zatrudnienia jest to jej pierwszy okres pobierania zasiłku opiekuńczego w bieżącym roku – pracodawca nie jest płatnikiem zasiłków
Data sporządzenia listy płac	31.05.2017 r.

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.

Ocenię będzie podlegać 6 rezultatów:

- *Umowa o pracę* nr 1/2017 dla Pameli Gaborskiej – wydruk,
- *Lista płac* za maj 2017 r. dla Pameli Gaborskiej – 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 Mirosława Kasprowskiego,
- *ZUS RCA Imienny raport miesięczny o należnych składkach i wypłaconych świadczeniach* za maj 2017 r. dla pracownicy Pameli Gaborskiej,
- *ZUS RSA Imienny raport miesięczny o wypłaconych świadczeniach i przerwach w opłacaniu składek* za maj 2017 r. dla pracownicy Pameli Gaborskiej.

Formularz ZUS DRA do wypełnienia

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

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 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 / 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. 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. 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		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

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 podsiawy 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 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⁾ 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⁾ 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 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.

Formularz ZUS RCA do wypełnienia

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE 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 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)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

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
platnika	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 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

02. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika ³⁾

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 ⁴⁾

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

PLATNIK WYPELNIENIA 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
--------------------------------	-----	-----	-----------	---

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	CHOROBOWE	WYPADKOWE
01. Kod tytułu ubezpieczenia	02. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe		03. Wymiar czasu pracy	
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
budżet państwa	15. zł, gr	16. zł, gr	17. zł, gr	18. zł, gr
PFRON ¹⁾	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

IV. 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

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 WYPEŁNIA 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		
-----------------------------------	----------------	-----------	--	--	--

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PLATNIKA 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 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 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 WYPELNIŁA 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

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 / 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
--	------------------------

XII. ADNOTACJE ZUS

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

www.EgzaminZawodowy.info

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