

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

Układ graficzny © CKE 2016



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.65-01-16.01

Czas trwania egzaminu: **180 minut**

EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE

Rok 2016

CZĘŚĆ 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

Patryk Pietrzak prowadzi jednoosobową działalność gospodarczą w zakresie świadczenia usług hotelarskich.

Wykonaj prace kadrowo-płacowe dla Hotelu CICHA ZATOKA Patryk Pietrzak:

- sporządź i wydrukuj z programu kadrowo-płacowego dla pracownicy Marleny Pakuły:
 - *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 pracownicy Marleny Pakuły,
 - *ZUS RCA Imienny raport miesięczny o należnych składkach i wypłaconych świadczeniach* dla właściciela Patryka Pietrzaka,
 - *ZUS DRA Deklarację rozliczeniową* za listopad 2015 r.

Formularze do wypełnienia znajdują się w arkuszu egzaminacyjnym; wypełnij formularze na dzień 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 CICHA ZATOKA Patryk Pietrzak,
- wprowadzenia swojego numeru PESEL pod nazwą Hotelu CICHA ZATOKA Patryk Pietrzak,
- ustawienia parametrów programu niezbędnych do wykonania zadania,
- wprowadzenia danych właściciela/wspólnika Patryka Pietrzaka,
- wprowadzenia danych pracownicy Marleny Pakuły do ewidencji osobowej.

Dane identyfikacyjne Hotelu CICHA ZATOKA Patryk Pietrzak

Nazwa skrócona	CICHA ZATOKA
Nazwa pełna	Hotel CICHA ZATOKA Patryk Pietrzak Wpisz swój numer PESEL
NIP	8451004889
REGON	000527894
Adres siedziby	Aleja Spacerowa 1, 11-730 Mikołajki
Gmina/Pocztą	Mikołajki
województwo	warmińsko-mazurskie
Numer rachunku bankowego	Nazwa: rachunek bieżący 89 1240 1617 1111 0000 1367 7563
Nazwa banku	PKO SA O/Mrągowo
Urząd Skarbowy	Symbol: US Urząd Skarbowy w Kętrzynie ul. Powstańców Warszawy 13, 11-400 Kętrzyn kod US 2809
Rachunek bankowy dla deklaracji PIT	77 1010 1397 0080 8022 2300 0000 NBP O/Okr. w Olsztynie
Forma prawna	jednoosobowa działalność gospodarcza
Osoba fizyczna do deklaracji/wspólnik	Patryk Pietrzak – 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.
ZUS zasiłki wypłacane	ZUS
Dzień przekazania składek ZUS	15 dzień następnego miesiąca
Imię i nazwisko szefa	Patryk Pietrzak/Identyfikator: PP

Dane identyfikacyjne właściciela/wspólnika

Imię i nazwisko	Patryk Pietrzak
Data i miejsce urodzenia	02.12.1985 r., Mikołajki
PESEL	85120215257
NIP	8451004889
Adres zamieszkania	ul. Ełcka 4, 11-730 Mikołajki
Poczta/gmina	Mikołajki
Województwo	warmińsko-mazurskie
Udział w firmie	100,00%
Urząd Skarbowy	Urząd Skarbowy w Kętrzynie
Ubezpieczenia społeczne i zdrowotne	Prowadzona działalność gospodarcza jest jedynym tytułem do ubezpieczeń. Przedsiębiorca: – jest zgłoszony do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, – korzysta z preferencyjnych zasad opłacania składek ZUS, – oblicza składki ZUS od obniżonej podstawy wymiaru.
Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne	525,00 zł
Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne	3 104,57 zł
Sposób rozliczenia PIT	Podatek liniowy 19% zaliczka wpłacana miesięcznie
Typ i numer identyfikatora w ZUS	PESEL
Tytuł ubezpieczenia	05 70 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	Marlena Pakuła
Data i miejsce urodzenia	23.03.1979 r., Mikołajki
Filar ZUS	I filar
Stan cywilny	mężatka
Imię ojca	Roman
Imię matki	Danuta
Nazwisko rodowe	Urbańczyk
PESEL	79032311408
Dowód osobisty	AGJ 234560 wydany przez Burmistrza Miasta Mikołajki data wydania 20.05.2010 r.
Adres zamieszkania	ul. Kolejowa 10, 11-730 Mikołajki
Poczta/Gmina	Mikołajki
Urząd Skarbowy	Urząd Skarbowy w Kętrzynie
Oddział NFZ	14R warmińsko-mazurski
Data przystąpienia do NFZ	02.11.2015 r.
Wykształcenie	średnie zawodowe technik gastronomii
Zestaw płacowy	Administracja
Data zatrudnienia	02.11.2015 r.
Okres zatrudnienia	na czas określony od 02.11.2015 r. – 31.08.2016 r.
Dział	gastronomia
Stanowisko	szef kuchni
Czas pracy	1/1 (pełen etat)
Składniki wynagrodzenia	podstawa godzinowa 17,00 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	złożyła pracodawcy oświadczenie PIT-2
Treść umowy	umowa o pracę
Ewidencja czasu pracy	Przepracowała w maju zgodnie z wymiarem czasu pracy 20 dni od poniedziałku do piątku w godzinach od 9:00 do 17:00 oraz w godzinach nadliczbowych: – 6 godzin w niedzielę w dniu 08.11.2015 r. od 9:00 do 15:00, – 2 godziny w dniu 10.11.2015 r. od 17:00 do 19:00.
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 nowych 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			153,93 zł	166,79 zł	279,41 zł	12,86 zł	
01-12.2015 r.			Ubezpieczenia społeczne				Fundusz Pracy**
			Emerytalne	Rentowe	Chorobowe	Wypadkowe*	
525,00 zł	3 104,57 zł	525,00 zł	102,48 zł	42,00 zł	12,86 zł	9,45 zł	279,41 zł
							12,86 zł

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

** Składka na Fundusz Pracy nie wystąpi, jeżeli przedsiębiorca nie posiada innych tytułów do ubezpieczenia społecznego. Jeżeli jednak przedsiębiorca posiada inne tytuły (np. umowa o pracę, zlecenie itd.), wówczas obowiązek zapłaty składek na Fundusz Pracy wystąpi, gdy łączna podstawa wymiaru składek wyniesie co najmniej minimalne wynagrodzenie za pracę (2015 r.: 1750,00 zł).

Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 180 minut.

Ocenie podlegać będzie 5 rezultatów:

- *Umowa o pracę* nr 1/2015 – wydruk z programu kadrowo-płacowego,
- *Lista płac* za listopad 2015 r. – wydruk z programu kadrowo-płacowego,
- *ZUS RCA Imienny raport miesięczny o należnych składkach i wypłaconych świadczeniach* dla pracownicy,
- *ZUS RCA Imienny raport miesięczny o należnych składkach i wypłaconych świadczeniach* dla właściciela,
- *ZUS DRA Deklaracja rozliczeniowa* za listopad 2015 r.

Formularz ZUS RCA (do wypełnienia dla pracownicy i dla właściciela)

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

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⁾				05. Seria i numer dokumentu		
06. Nazwa skrócona				04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2		
07. Nazwisko				09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)		
08. Imię pierwsze						
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		
PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	04.		05.	06.		
SKŁADKA FINANSOWANA PRZEZ:						
ubezpieczonego	07.	08.	09.	10.		
platnika	11.	12.	13.	14.		
budżetu państwa	15.	16.	17.	18.		
PFRON ²⁾	19.	20.	21.	22.		
Fundusz Kościelny	23.	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)		
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)						

PŁATNIK WYPEŁNIA 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.		05.	06.
SKŁADKA FINANSOWANA PRZEZ:				
ubezpieczonego	07.	08.	09.	10.
płatnika	11.	12.	13.	14.
budżet państwa	15.	16.	17.	18.
PFRON ²⁾	19.	20.	21.	22.
Fundusz Kościelny	23.	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⁾ 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 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	
I. DANE ORGANIZACYJNE		02. Identyfikator deklaracji (numer / mm / rrrr)		05. Znak i numer decyzji pokontrolnej		
01. Termin przysyłania deklaracji i raportów		04. Nalepka „R”				
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)						
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 / rrrr)		
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.	05.		06. (p. 04 + p. 05)		
	ubezpieczonych	zł, gr		zł, gr		
	07.	08.		09. (p. 07 + p. 08)		
	płatnika	zł, gr		zł, gr		
	10.	11.		12. (p. 10 + p. 11)		
	budżet państwa	zł, gr		zł, gr		
PFRON ³⁾	13.	14.		15. (p. 13 + p. 14)		
Fundusz Kościelny	16.	17.		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.	23.		24. (p. 22 + p. 23)	
		ubezpieczonych	zł, gr		zł, gr	
		25.	26.		27. (p. 25 + p. 26)	
		płatnika	zł, gr		zł, gr	
28.	29.		30. (p. 28 + p. 29)			
budżet państwa	zł, gr		zł, gr			
PFRON ³⁾	31.	32.		33. (p. 31 + p. 32)		
Fundusz Kościelny	34.	35.		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		05. Łączna kwota do potrącenia (p.01 + p.02 + p.03 + p.04)		
02. Kwota wynagrodzenia należnego płatnikowi od wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego		04. Kwota wypłaconych świadczeń finansowanych z budżetu państwa ³⁾		zł, gr		
zł, gr		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		zł, gr		zł, gr		

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DROKOWANYMI 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 ¹⁾		05. Kwota należnych składek do przekazania przez płatnika (p.01 + p.02)	
02. Kwota należnych składek finansowana przez ubezpieczonych		06. Kwota należnego wynagrodzenia dla płatnika ²⁾	
03. Kwota należnych składek finansowana przez Fundusz Kościelny		07. Kwota do zapłaty (p.05 - p.06)	
04. Kwota należnych składek finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS			

VIII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FP I FGŚP

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

IX. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FUNDUSZ EMERYTUR POMOSTOWYCH

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

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

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

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. Pieczęć 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⁾ 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⁾ 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.