

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

Oznaczenie kwalifikacji: **A.65**

Numer zadania: **01**

*Arkusze zawiera informacje prawnie chronione
do momentu rozpoczęcia egzaminu*

Miejsce na naklejkę
z numerem PESEL i z kodem
ośrodka

Wypełnia zdający

Numer PESEL zdającego*

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

A.65-01-15.01

Czas trwania egzaminu: **180 minut**

**EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE
Rok 2015
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*,
 - symbol cyfrowy zawodu,
 - oznaczenie kwalifikacji,
 - numer zadania,
 - numer stanowiska.
3. KARTĘ OCENY przekaz zespołowi nadzorującemu część praktyczną egzaminu.
4. Sprawdź, czy arkusz egzaminacyjny zawiera 9 stron i nie zawiera błędów. Ewentualny brak stron lub inne usterki zgłoś przez podniesienie ręki przewodniczącemu zespołu nadzorującego część praktyczną egzaminu.
5. Zapoznaj się z treścią zadania oraz stanowiskiem egzaminacyjnym. Masz na to 10 minut. Czas ten nie jest wliczany do czasu trwania egzaminu.
6. Czas rozpoczęcia i zakończenia pracy zapisze w widocznym miejscu przewodniczący zespołu nadzorującego.
7. Wykonaj samodzielnie zadanie egzaminacyjne. Przestrzegaj zasad bezpieczeństwa i organizacji pracy.
8. Jeżeli w zadaniu egzaminacyjnym występuje polecenie „zgłoś gotowość do oceny przez podniesienie ręki”, to zastosuj się do polecenia i poczekaj na decyzję przewodniczącego zespołu nadzorującego.
9. Po zakończeniu wykonania zadania pozostaw rezultaty oraz arkusz egzaminacyjny na swoim stanowisku lub w miejscu wskazanym przez przewodniczącego zespołu nadzorującego.
10. 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

Wykonaj prace związane z zatrudnieniem pracownika w Przedsiębiorstwie Handlowym *EMILIA* sp. z o.o. w Pile, rozliczeniem wynagrodzenia i sporządzeniem informacji dla celów podatkowych i ubezpieczeniowych.

Wprowadź dane do programu kadrowo-płacowego rozpoczynając od:

- wprowadzenia danych identyfikacyjnych Przedsiębiorstwa Handlowego *EMILIA* sp. z o.o.,
- wpisania swojego **numeru PESEL** pod nazwą Przedsiębiorstwa Handlowego *EMILIA* sp. z o.o.,
- ustawienia parametrów płacowych programu niezbędnych do wykonania zadania,
- wprowadzenia danych Kariny Jantar do ewidencji osobowej na podstawie *Kwestionariusza osobowego*.

Prace związane ze sporządzeniem dokumentów wykonaj na stanowisku egzaminacyjnym wyposażonym w komputer z oprogramowaniem kadrowo-płacowym, podłączony do drukarki.

Sporządź i wydrukuj z programu kadrowo-płacowego dokumenty dla pracownicy Kariny Jantar:

- *Umowę o pracę* nr 1/2014,
- *Listę płac* za grudzień 2014 r.,
- *PIT-11 Informację o dochodach oraz o pobranych zaliczkach na podatek dochodowy w roku 2014*.

Wypełnij formularze dla pracownicy Kariny Jantar

- *ZUS ZUA Zgłoszenie do ubezpieczeń*,
- *ZUS RCA Imienny raport miesięczny* za grudzień 2014 r.

(potrzebne druki do wypełnienia formularzy ZUS zostały zamieszczone w arkuszu egzaminacyjnym).

Dane identyfikacyjne Przedsiębiorstwa Handlowego *EMILIA* sp. z o.o.

Nazwa skrócona	<i>EMILIA</i>
Nazwa pełna	Przedsiębiorstwo Handlowe <i>EMILIA</i> sp. z o.o.
NIP	7641008555
REGON	004180157
Adres siedziby	64-920 Piła, ul. Łączna 14
Gmina/Powiat	Piła/pilski
Poczta	Piła
Województwo	wielkopolskie
Podstawowy rachunek bankowy	Nazwa rachunku: rachunek bieżący 10 9013 2087 6291 7544 0000 8765
Nazwa banku	Bank Zachodni WBK SA I O. w Pile
Urząd skarbowy	Symbol: US Urząd Skarbowy w Pile ul. Kossaka 106, 64-920 Piła kod US 3019
Konto bankowe PIT	83 1010 1469 0059 2022 2300 0000 NBP O/Okr. w Poznaniu
Forma prawna	Spółka z o.o.
Rodzaj działalności	handlowa
Rok rozpoczęcia pracy	2014
Miesiąc pierwszej wypłaty	Grudzień 2014 r.
Zasiłki wypłacane przez	ZUS
Dzień przekazania składek ZUS	do 15 każdego miesiąca
Imię i nazwisko szefa	Anna Poznańska – upoważniona do sporządzania i podpisywania dokumentów
Identyfikator	AP

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY

1. Imię (imiona) i nazwisko: **Karina Jantar**
2. Nazwisko rodowe: **Kin**
3. Imiona rodziców (nazwisko rodowe matki): **Paweł, Anna Musiał**
4. Data i miejsce urodzenia: **17.01.1969 r. w Bydgoszczy**
5. PESEL: **69011707102**
6. Obywatelstwo: **polskie**
7. Miejsce zameldowania i zamieszkania (adres do korespondencji): **ul. Okrzei 15, 64-920 Pila, powiat pilski**
8. Stan cywilny: **mężatka**
9. Wykształcenie (stopień, nazwa szkoły, uczelni): **średnie techniczne, Zespół Szkół Handlowych w Pile**
10. Przebieg dotychczasowej pracy (zakład pracy – okres zatrudnienia – stanowisko):
PH „WIKI” w Pile, od 10.10.1990 r. do 15.11.2014 r., sprzedawca
11. Dodatkowe uprawnienia, umiejętności, zainteresowania: **obsługa programu *Platnik***
12. Rozliczenia podatkowe prowadzone są w **Urzędzie Skarbowym w Pile, ul. Kossaka 106**
13. Filar ZUS: **I i II filar**
14. Oddział NFZ: **15R**

Oświadczam, że dane zawarte w pkt. 1-7 są zgodne z dowodem osobistym seria i numer:

ALA 203260 wydany 21.05.2002 r. przez Prezydenta Miasta Pila.

Pila, 01.12.2014 r.

Karina Jantar

Dane potrzebne do sporządzenia umowy o pracę dla Kariny Jantar

Wyszczególnienie	Dane pracownika
Data podpisania umowy i dzień rozpoczęcia pracy	01.12.2014 r.
Zestaw płacowy	administracja
Umowa o pracę	na okres próbny od 01.12.2014 r. do 31.12.2014 r.
Dział	handlowy
Stanowisko	sprzedawca
Czas pracy	1/1
Składniki płacowe	– podstawa miesięczna 3 000 zł – dodatek za wystugę lat 600 zł
Tytuł ubezpieczenia	0110 0 0
Generowany raport	RCA
Naliczane składki do ZUS	emerytalne, rentowe, chorobowe, wypadkowe, zdrowotne, FP, FGŚP
Ulga podatkowa – odliczenie	pracownik złożył pracodawcy PIT-2 oświadczenie upoważniające pracodawcę do stosowania ulgi podatkowej od wynagrodzenia

Wybrane parametry ubezpieczeń i funduszy ZUS – grudzień 2014 r.

Rodzaj składki	Źródło finansowania	
	pracownik	pracodawca
emerytalna	9,76%	9,76%
rentowa	1,50%	6,50%
chorobowa	2,45%	–
wypadkowa	–	1,93%
FP	–	2,45%
FGŚP	–	0,10%
zdrowotna – odliczona	7,75%	–
zdrowotna – nieodliczona	1,25%	–

Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 180 minut.

Ocenie podlegać będzie 5 rezultatów:

- sporządzona i wydrukowana *Umowa o pracę* dla Kariny Jantar,
- sporządzona i wydrukowana *Lista płac* za grudzień 2014 r,
- sporządzony i wydrukowany *PIT-11 Informacja o dochodach oraz pobranych zaliczkach na podatek dochodowy*,
- wypełniony formularz w arkuszu egzaminacyjnym *ZUS ZUA Zgłoszenie do ubezpieczeń* dla Kariny Jantar (data sporządzenia 05.12.2014 r.),
- wypełniony formularz w arkuszu egzaminacyjnym *Imienny raport miesięczny ZUS RCA* dla Kariny Jantar za grudzień 2014 r. (data sporządzenia 31.12.2014 r.).

Formularz ZUS ZUA do wypełnienia

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH		ZUS ZUA		strona: 1	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ	
I. DANE ORGANIZACYJNE				02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych) ¹⁾		
01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ jeśli TAK, wpisać X				04. Nalepka „R”		
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)						
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK						
01. Numer NIP (wpisać bez kresek)				02. Numer REGON		
03. Numer PESEL ²⁾				05. Seria i numer dokumentu		
06. Nazwa skrócona				04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2		
07. Nazwisko						
08. Imię pierwsze				09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)		
III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ						
01. Numer PESEL ²⁾				02.		03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)
05. Nazwisko				04. Seria i numer dokumentu		
06. Imię pierwsze				07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)		
IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ						
01. Imię drugie						
02. Nazwisko rodowe						
03. Obywatelstwo						
04. Płeć (wpisać: K - kobieta, M - mężczyzna)						
V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA						
01. Kod tytułu ubezpieczenia ³⁾						
VI. DANE O OBOWIĄZKOWYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH						
01. Data powstania obowiązkowego ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)				Osoba zgłaszana podlega ubezpieczeniom: (wpisać X w odpowiednim polu)		
				02. Emerytalnemu		04. Chorobowemu
				03. Rentowym		05. Wypadkowemu
VII. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM						
01. Data powstania obowiązkowego ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)				02. Kod oddziału NFZ		
VIII. DANE O DOBROWOLNYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH						
Wnoszę o objęcie ubezpieczeniami: (wpisać X w odpowiednim polu)						
01. Emerytalnym		03. Rentowymi		05. Chorobowym		
02. Od dnia (dd / mm / rrrr)		04. Od dnia (dd / mm / rrrr)		06. Od dnia (dd / mm / rrrr)		
IX. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM						
01. Data rozpoczęcia ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)				02. Kod oddziału NFZ		
X. INNE DANE O OSOBIE ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ⁴⁾						
01. Kod wykonywanego zawodu		02. Kod pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze		03. Okres pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze (dd / mm / rrrr)		

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZUA	strona: 2	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ
-----------------------------------	---------	-----------	---

XI. ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU

01. Kod pocztowy 02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu 06. Numer lokalu

07. Numer telefonu 08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

XII. ADRES ZAMIESZKANIA (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu)

01. Kod pocztowy 02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu 06. Numer lokalu

07. Numer telefonu 08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

XIII. ADRES DO KORESPONDENCJI (wpisać, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu lub adres zamieszkania)

01. Kod pocztowy 02. Miejscowość

03. Ulica

04. Numer domu 05. Numer lokalu

06. Skrytka pocztowa 07. Numer telefonu

08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

09. Adres poczty elektronicznej

XIV. 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. Pieczętka płatnika

XV. OŚWIADCZENIE OSOBY ZGŁASZANEJ / ZGŁOSZONEJ DO UBEZPIECZENIA

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

01. Podpis osoby zgłaszanej / zgłoszonej do ubezpieczenia

XVI. ADNOTACJE ZUS

¹W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZIUA.
²Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.
³Dla określonego kodu tytułu ubezpieczenia należy wypełnić formularz ZUS ZAA.
⁴ Blok X. wypełnia się w celu zgłoszenia / korekty danych dotyczących okresu sprzed 1 stycznia 2009 r.

Formularz ZUS RCA do wypełnienia

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE 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 / rrr)							
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA 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							
08. Imię pierwsze				09. Data urodzenia (dd / mm / rrr)			
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. zł, gr	05. zł, gr	06. zł, gr				
SKŁADKA FINANSOWANA PRZEZ:							
ubezpieczonego	07. zł, gr	08. zł, gr	09. zł, gr	10. zł, gr			
płatnika	11. zł, gr	12. zł, gr	13. zł, gr	14. zł, gr			
budżet państwa	15. zł, gr	16. zł, gr	17. zł, gr	18. zł, gr			
PFRON ²⁾	19. zł, gr	20. zł, gr	21. zł, gr	22. zł, gr			
Fundusz Kościelny	23. zł, gr	24. zł, gr	25. zł, gr	26. zł, gr			
27. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego			zł, gr		28. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.26)		
III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE							
01. Podstawa wymiaru składki		zł, gr		03. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS			
02. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika ³⁾		zł, gr		05. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny			
04. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego		zł, gr					
III. D. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA⁴⁾							
01. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego		zł, gr		02. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego			
03. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego		zł, gr		04. Łączna kwota wypłaconych zasiłków (p.01 + p.02 + p.03)			

PLATNIK 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
04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	_____ 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 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. Pieczęćka 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.