

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

Układ graficzny © CKE 2020



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

Oznaczenie kwalifikacji: **A.65**

Numer zadania: **01**

Wersja arkusza: **SG**

Wypełnia zdający

Miejsce na naklejkę z numerem
PESEL i z kodem ośrodka

Numer PESEL zdającego*

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

A.65-01-23.01-SG

Czas trwania egzaminu: **180 minut**

EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE

Rok 2023

CZĘŚĆ PRAKTYCZNA

**PODSTAWA PROGRAMOWA
2012**

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 7 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

Przedsiębiorstwo KARIMATA sp. z o.o. produkuje meble wypoczynkowe. W listopadzie 2022 r. zatrudniono na podstawie umowy o pracę Pawła Radeckiego.

Wykonaj prace dla Przedsiębiorstwa KARIMATA sp. z o.o.

1. W programie kadrowo-płacowym sporządź i wydrukuj dla Pawła Radeckiego:

- *Umowę o pracę* nr 1/11/2022,
- *Listę płac* za listopad 2022 r.,
- *Polecenie przelewu* wynagrodzenia za listopad 2022 r. (data sporządzenia 30.11.2022 r.),
- *Rachunek do umowy zlecenia* nr 1/11/2022.

2. Wypełnij zamieszczony w arkuszu egzaminacyjnym formularz ZUS ZUA Zgłoszenie do ubezpieczeń Pawła Radeckiego zatrudnionego na umowę o pracę (data wypełnienia: 07.11.2022 r.).

Wykonaj zadanie na stanowisku egzaminacyjnym wyposażonym w komputer podłączony do drukarki sieciowej, z zainstalowanym programem kadrowo-płacowym.

Pracę z programem kadrowo-płacowym rozpocznij od wprowadzenia:

- danych identyfikacyjnych Przedsiębiorstwa KARIMATA sp. z o.o.,
 - swojego numeru PESEL pod nazwą Przedsiębiorstwa KARIMATA sp. z o.o.,
 - danych urzędu skarbowego do kartoteki,
 - danych pracownika Pawła Radeckiego do ewidencji osobowej
- oraz od ustawienia parametrów programu niezbędnych do wykonania zadania.

**Dane identyfikacyjne Przedsiębiorstwa KARIMATA sp. z o.o.
oraz parametry programu kadrowo-płacowego**

Nazwa skrócona	KARIMATA	
Wersja programu	próbna	
Nazwa pełna	Przedsiębiorstwo KARIMATA sp. z o.o. wpisz swój numer PESEL	
NIP	7951001267	
REGON	000686753	
Adres siedziby	ul. Adama Mickiewicza 14, 37-700 Przemyśl	
Gmina/Powiat/Poczta	Przemyśl	
Województwo	podkarpackie	
Podstawowy rachunek bankowy	nazwa	rachunek bieżący
	numer konta	62 1560 0013 2787 7120 6000 0004
	nazwa banku	Getin Noble Bank SA
Urząd skarbowy	symbol	US
	nazwa	Urząd Skarbowy w Przemyślu
	kod	1813
	adres	ul. Lwowska 9a, 37-700 Przemyśl
	indywidualny rachunek podatkowy	82 1010 0071 2222 7951 0012 6700 Narodowy Bank Polski
Forma prawna	spółka z o.o.	
Rodzaj prowadzonej działalności	produkcyjna	
Rok rozpoczęcia pracy	2022	
Miesiąc pierwszej wypłaty	listopad 2022 r.	
Zasiłki wypłacane przez	ZUS	
Dzień przekazania składek ZUS	15. dzień następnego miesiąca	
PPK FEP	Pracownik złożył deklarację o rezygnacji z PPK Podmiot nie opłaca FEP	
Imię i nazwisko szefa	Jan Wolak/Identyfikator: JW – osoba upoważniona do podpisywania dokumentów	

Dane potrzebne do sporządzenia umowy o pracę, listy płac i dokumentu zgłoszeniowego do ZUS dla Pawła Radeckiego

Imię i nazwisko	Paweł Radecki	
PESEL	85081268479	
Data i miejsce urodzenia	12.08.1985 r., Warszawa	
Adres zameldowania/zamieszkania	ul. Jana Kilińskiego 10, 37-700 Przemyśl	
Rachunek bankowy	numer konta	16 1140 1658 0210 5397 4453 2706
	nazwa banku	mBank SA
Urząd skarbowy	Urząd Skarbowy w Przemyślu	
Oddział NFZ	09R podkarpacki	
Data przystąpienia do NFZ	01.11.2022	
Zestaw płacowy	Produkcja	
Data zawarcia umowy	31.10.2022	
Dzień rozpoczęcia pracy	01.11.2022	
Rodzaj umowy o pracę	umowa o pracę na czas nieokreślony od 01.11.2022 r.	
Dział	Produkcja	
Stanowisko	Stolarz	
Kod wykonywanego zawodu	752205	
Miejsce wykonywania pracy	ul. Adama Mickiewicza 14, 37-700 Przemyśl	
Czas pracy	1/1 (pełen etat)	
Składniki wynagrodzenia na umowie	Podstawa miesięczna 3 500,00 zł Wynagrodzenie według stawki akordowej	
Inne warunki	wypłata wynagrodzenia za miesiąc ostatniego dnia miesiąca	
Kod tytułu ubezpieczenia	01 10 0 0	
Obywatelstwo	polskie	
Naliczane składki ZUS	emerytalne, rentowe, chorobowe, wypadkowe, zdrowotne, FP i FS, FGŚP	
Koszty uzyskania przychodu	250,00 zł miesięcznie	
Uprawnienie do ulg podatkowych	- pracownik złożył pracodawcy oświadczenie PIT-2 - kwota zmniejszająca podatek 300,00 zł - nie korzysta z innych ulg podatkowych	
Ewidencja akordów	pracownik w listopadzie 2022 r. zmontował 50 szt. foteli według stawki akordowej wynoszącej 18,00 zł/szt. Wszystkie wykonane fotele spełniły wymogi jakościowe. UWAGA! Przed sporządzeniem listy płac wpisz dane do ewidencji akordów.	
Data sporządzenia listy płac	30.11.2022 r.	

Dane z umowy zlecenia potrzebne do sporządzenia rachunku do umowy zlecenia Pawła Radeckiego

Numer umowy zlecenia	1/11/2022,
Data zawarcia umowy	25.11.2022 r.
Okres trwania umowy zlecenia	od 26.11.2022 r. do 26.11.2022 r.
Przedmiot umowy	obsługa stoiska wystawowego na Targach Meblowych
Kwota wynagrodzenia	500,00 zł
Koszty uzyskania przychodu	20%
Liczba przepracowanych godzin zgodna ze złożonym przez zleceniobiorcę oświadczeniem	8 godzin
Forma i dzień wypłaty wynagrodzenia	gotówka, w dniu złożenia rachunku
Data wystawienia rachunku nr 1/11/2022 i wypłaty wynagrodzenia	28.11.2022 r.

Składki na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, FP i FS, FGŚP w 2022 r.

Rodzaj składki		emerytalna	rentowa	chorobowa	wypadkowa	zdrowotna	FP i FS	FGŚP
Składki finansowane przez	pracownika	9,76%	1,5%	2,45%	-	9%	-	-
	pracodawcę	9,76%	6,5%	-	1,67%	-	2,45%	0,10%

Czas na wykonanie zadania wynosi 180 minut.

Ocenie będzie podlegać 5 rezultatów:

- *Umowa o pracę* nr 1/11/2022 dla Pawła Radeckiego – wydruk,
- *Lista płac* za listopad 2022 r. dla Pawła Radeckiego – wydruk (w programie *Symfonia Kadry i Płace* – lista płac rozbudowana, a w programie *Optima* – lista płac szczegółowa),
- *Polecenie przelewu* wynagrodzenia za listopad 2022 r. dla Pawła Radeckiego – wydruk,
- *Rachunek do umowy zlecenia nr 1/11/2022* Pawła Radeckiego – wydruk,
- ZUS ZUA Zgłoszenie do ubezpieczeń dla Pawła Radeckiego – w arkuszu egzaminacyjnym,

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			
01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ (jeśli TAK, wpisać X) <input type="checkbox"/>		02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych) ¹⁾ <input type="checkbox"/>	
03. Data nadania (dd / mm / rrrr) <input type="text"/>		04. Nalepka „R” <input type="text"/>	
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK	II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK		
	01. Numer NIP (wpisać bez kresek) <input type="text"/>		02. Numer REGON <input type="text"/>
	03. Numer PESEL ²⁾ <input type="text"/>		04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, <input type="checkbox"/> jeśli paszport - 2 <input type="checkbox"/>
	06. Nazwa skrócona <input type="text"/>		05. Seria i numer dokumentu <input type="text"/>
	07. Nazwisko <input type="text"/>		
	08. Imię pierwsze <input type="text"/>		09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr) <input type="text"/>
III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ	III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ		
	01. Numer PESEL ²⁾ <input type="text"/>		02. <input type="text"/>
	03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04) <input type="checkbox"/>		04. Seria i numer dokumentu <input type="text"/>
	05. Nazwisko <input type="text"/>		
	06. Imię pierwsze <input type="text"/>		07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr) <input type="text"/>
IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ	IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ		
	01. Imię drugie <input type="text"/>		
	02. Nazwisko rodowe <input type="text"/>		
03. Obywatelstwo <input type="text"/>			
04. Płeć (wpisać: K - kobieta, M - mężczyzna) <input type="checkbox"/>			
V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA	V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA		
01. Kod tytułu ubezpieczenia ³⁾ <input type="text"/>			
VI. DANE O OBOWIĄZKOWYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH	VI. DANE O OBOWIĄZKOWYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH		
	01. Data powstania obowiązku ubezpieczeń (dd / mm / rrrr) <input type="text"/>		
	Osoba zgłaszana podlega ubezpieczeniom: (wpisać X w odpowiednim polu)		
	02. Emerytalnemu <input type="checkbox"/>		04. Chorobowemu <input type="checkbox"/>
	03. Rentowym <input type="checkbox"/>		05. Wypadkowemu <input type="checkbox"/>
VII. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM	VII. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM		
	01. Data powstania obowiązku ubezpieczenia (dd / mm / rrrr) <input type="text"/>		
02. Kod oddziału NFZ <input type="text"/>			
VIII. DANE O DOBROWOLNYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH	VIII. DANE O DOBROWOLNYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH		
	Wnoszę o objęcie ubezpieczeniami: (wpisać X w odpowiednim polu)		
	01. Emerytalnym <input type="checkbox"/>		03. Rentowymi <input type="checkbox"/>
	02. Od dnia (dd / mm / rrrr) <input type="text"/>		05. Chorobowym <input type="checkbox"/>
	04. Od dnia (dd / mm / rrrr) <input type="text"/>		06. Od dnia (dd / mm / rrrr) <input type="text"/>
IX. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM	IX. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM		
	01. Data rozpoczęcia ubezpieczenia (dd / mm / rrrr) <input type="text"/>		
02. Kod oddziału NFZ <input type="text"/>			
X. INNE DANE O OSOBE ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ	X. INNE DANE O OSOBE ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ		
	01. Kod wykonywanego zawodu ⁴⁾ <input type="text"/>		
	02. Kod pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze ⁵⁾ <input type="text"/>		03. Okres pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze ⁵⁾ (dd / mm / rrrr) <input type="text"/>

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZUA	strona: 2	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEN / 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 składek lub osoby upoważnionej

03. Pieczęć płatnika składek

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

¹⁾ W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZIUA.

²⁾ Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.

³⁾ Dla określonego kodu tytułu ubezpieczenia należy wypełnić formularz ZUS ZAA.

⁴⁾ Należy wpisać, kod wykonywanego zawodu. Kod zawodu stanowi sześciocyfrowy numer określony w załączniku do rozporządzenia w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania.

⁵⁾ Pola te wypełnia się w celu zgłoszenia / korekty danych dotyczących okresu sprzed dnia 1 stycznia 2009 r.

Skład: Poligrafia ZUS/W-wa; zam. 1850/20

Wypełnia zdający

Do arkusza egzaminacyjnego dołączam wydruki w liczbie: kartek – czystopisu i kartek – brudnopisu.

Wypełnia Przewodniczący ZN

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

.....
Czytelny podpis Przewodniczącego ZN