

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.65-01-13.10

Czas trwania egzaminu: **180 minut**

**EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE
Rok 2013
CZĘŚĆ PRAKTYCZNA**

Układ graficzny © CKE 2013

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 : 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 dla Hurtowni Elektrycznej Jan Gawlik:

- sporządź w programie kadrowo-płacowym i wydrukuj umowę o pracę Karola Myrcika,
- sporządź i wydrukuj listę płac pracownika za wrzesień 2013 r.,
- sporządź *Zgłoszenie do ubezpieczeń ZUS ZUA* i *Imienny raport miesięczny ZUS RCA* Karola Myrcika - potrzebne druki do sporządzenia dokumentów ZUS ZUA i ZUS RCA znajdziesz w arkuszu egzaminacyjnym,
- sporządź i wydrukuj deklarację podatkową PIT 11 – informacje o dochodach oraz o pobranych zaliczkach na podatek dochodowy za rok 2013 pracownika (miesiąc wrzesień należy traktować jako pełny rok obrachunkowy).

Wykonaj zadanie na stanowisku egzaminacyjnym, na którym znajduje się komputer z oprogramowaniem kadrowo-płacowym oraz niezbędne materiały biurowe.

Prace z programem kadrowo-płacowym rozpocznij od:

- wprowadzenia danych identyfikacyjnych Hurtowni Elektrycznej Jan Gawlik,
- wprowadzenia swojego numeru PESEL pod nazwą Hurtowni Elektrycznej Jan Gawlik,
- wprowadzenia danych pracownika Karola Myrcika do ewidencji osobowej.

Dane identyfikacyjne Hurtowni Elektrycznej Jan Gawlik

| | |
|--|---|
| Nazwa pełna | Hurtownia Elektryczna Jan Gawlik |
| Nazwa skrócona | Jan Gawlik |
| Adres siedziby | 41- 800 Zabrze, ul. Mickiewicza 12, powiat Zabrze, woj. śląskie |
| NIP | 852-060-03-31 |
| REGON | 357543741 |
| Nazwa banku i numer rachunku bankowego | Nazwa: rachunek firmowy Numer konta: 47 1240 4849 1111 0000 5343 4757 Bank: PEKAO O. w Zabrze |
| Urząd Skarbowy | Symbol :1, Urząd Skarbowy w Zabrze, 41-800 Zabrze, ul. Bytomska 2, kod US 2433 |
| Forma prawna | Jednoosobowa działalność gospodarcza |
| Osoba fizyczna do deklaracji/ właściciel | Jan Gawlik Ur. 03-02-1959 w Krakowie PESEL 59020308337 NIP: 852-060-03-31 Dowód osobisty ALG 356137 Zamieszkały: 41-800 Zabrze, ul. Dworcowa 7 Udział w firmie 100% |
| Typ prowadzonej działalności | Pozarolnicza działalność gospodarcza |
| Rodzaj prowadzonej działalności | Działalność handlowa |
| Rok rozpoczęcia pracy | 2013 |
| Miesiąc pierwszej wypłaty | wrzesień 2013 r. |
| Termin wypłaty wynagrodzeń | Ostatni dzień miesiąca |
| ZUS zasiłki wypłacane | ZUS |
| Dzień przekazania składek ZUS | 15 dzień następnego miesiąca |
| Imię i nazwisko szefa | Jan Gawlik Identyfikator: JG |

Informacje o Hurtowni Elektrycznej Jan Gawlik.

- Jan Gawlik, właściciel Hurtowni Elektrycznej w Zabrze, zatrudnił od 01.09.2013 r. na podstawie umowy o pracę magazyniera Karola Myrcika.
- Wynagrodzenie zasadnicze pracownika wynosi 2 500 zł.
- Stopa procentowa ubezpieczenia wypadkowego 1,93%.

Informacja dotyczące pracownika Karola Myrcika

| | |
|--------------------------------------|---|
| Dane osobowe | Karol Myrcik, ur. 10-06-1984 w Zabrze Filar ZUS : I i II filar Stan cywilny: żonaty Obywatelstwo: polskie Rodzice: Jan- nazwisko rodowe Myrcik, Marta- nazwisko rodowe Kawka NIP: 645-242-11-40 PESEL 84061003046 Dokument tożsamości: Dowód osobisty nr AGB 189645 wyd. 16.01.2005 r. przez Burmistrza Zabrze. |
| Adres zamieszkania i zameldowania | 41-800 Zabrze, ul. Karpacka 13, Powiat/Gmina Zabrze woj. śląskie |
| Rachunek bankowy | Numer konta: 36 1050 1214 1000 0023 2919 4209 Bank: INGBSK O. w Katowicach |
| Dane ubezpieczeniowe i rozliczeniowe | Tytuł ubezpieczenia 0110 00 Urząd Skarbowy: symbol: 2, Urząd Skarbowy w Zabrze, 41-800 Zabrze, ul. Bytomska 2, kod US 2433 NFZ 12R |
| Wykształcenie | średnie zawodowe/techniczne; zawód wyuczony: technik logistyk |
| Dane do umowy o pracę | Umowa o pracę od 1.09.2013 r. Zestaw płacowy: Robotnicy Umowa na czas nieokreślony Wymiar zatrudnienia: pełny etat Dział: magazyn Stanowisko: magazynier/pracownik fizyczny Wynagrodzenie zasadnicze: 2 500 zł Tytuł ubezpieczenia 0110 00 Generowany raport: ZUS RCA Wykonywany zawód: 413103 magazynier Naliczaj składki ZUS: emerytalne, rentowe, chorobowe, wypadkowe, zdrowotne, FP, FGŚP Treść umowy: umowa o pracę. |

Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 180 minut.

Ocenie podlegać będzie 5 rezultatów:

- Umowa o pracę Karola Myrcika - wydruk z programu kadrowo-płacowego;
- Lista płac pracownika za wrzesień 2013 r. - wydruk z programu kadrowo-płacowego;
- Sporządzone *Zgłoszenie do ubezpieczeń ZUS ZUA* Karola Myrcika - wypełniony druk w arkuszu egzaminacyjnym;
- Sporządzony *Imienny raport miesięczny ZUS RCA* Karola Myrcika za wrzesień 2013 r.- wypełniony druk w arkuszu egzaminacyjnym – *pamiętaj, że formularz ZUS RCA przeznaczony jest dla 4 ubezpieczonych;*
- Deklaracja PIT 11 - informacja o dochodach oraz o pobranych zaliczkach na podatek dochodowy za rok 2013 pracownika - wydruk z programu kadrowo-płacowego.

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

| 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) | | 02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych) ¹⁾ | | | |
| 03. Data nadania (dd / mm / rrrr) | | 04. Nalepka „R” | | | |
| II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK | | | | | |
| 01. Numer NIP (wpisać bez kresek) | | 02. Numer REGON | | | |
| 03. Numer PESEL ²⁾ | | 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 IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ | | | | | |
| 01. Numer PESEL ²⁾ | | 02. Numer NIP (wpisać bez kresek) | | 03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04) | 04. Seria i numer dokumentu |
| 05. Nazwisko | | | | | |
| 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 obowiązku ubezpieczeń (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 obowiązku 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 OSOBE 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 WYPELNIŁA 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 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 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

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⁾Blok X. wypełnia się w celu zgłoszenia / korekty danych dotyczących okresu sprzed 1 stycznia 2009 r.

PLATNIK WYPELNIŁA 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 / 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 | | |
| 06. Nazwa skrócona | | | 05. Seria i numer dokumentu | | |
| 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 I UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE | | | | | |
| 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 I WYPADKOWE | ZDROWOTNE | |
| 04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI | | | 05. | 06. | |
| | zł, gr | zł, gr | zł, gr | zł, gr | |
| 07. Ubezpieczonego | 08. Ubezpieczonego | 09. Ubezpieczenie chorobowe | 10. Ubezpieczenie zdrowotne | | |
| zł, gr | zł, gr | zł, gr | zł, gr | | |
| 11. Płatnika | 12. Płatnika | 13. Ubezpieczenie wypadkowe | KWOTA SKŁADKI NA: | | |
| zł, gr | zł, gr | zł, gr | zł, gr | | |
| 14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego | | | 15. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13) | | |
| zł, gr | | | zł, gr | | |
| III. C. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA²⁾ | | | | | |
| 01. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego | | 02. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego | | 03. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego | |
| zł, gr | | zł, gr | | zł, gr | |
| 04. Łączna kwota wypłaconych zasiłku (p.01 + p.02 + p.03) | | zł, gr | | | |
| IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ | | | | | |
| 01. Nazwisko | | | | | |
| 02. Imię pierwsze | | | 03. Typ 04. Identyfikator | | |
| IV. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE I UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE | | | | | |
| 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 I WYPADKOWE | ZDROWOTNE | |
| 04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI | | | 05. | 06. | |
| | zł, gr | zł, gr | zł, gr | zł, gr | |
| 07. Ubezpieczonego | 08. Ubezpieczonego | 09. Ubezpieczenie chorobowe | 10. Ubezpieczenie zdrowotne | | |
| zł, gr | zł, gr | zł, gr | zł, gr | | |
| 11. Płatnika | 12. Płatnika | 13. Ubezpieczenie wypadkowe | KWOTA SKŁADKI NA: | | |
| zł, gr | zł, gr | zł, gr | zł, gr | | |
| 14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego | | | 15. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13) | | |
| zł, gr | | | zł, gr | | |
| IV. C. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA²⁾ | | | | | |
| 01. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego | | 02. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego | | 03. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego | |
| zł, gr | | zł, gr | | zł, gr | |
| 04. Łączna kwota wypłaconych zasiłku (p.01 + p.02 + p.03) | | zł, gr | | | |

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

| | | | |
|--------------------------------|---------|-----------|---|
| ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH | ZUS RCA | strona: 2 | IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH I WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH |
|--------------------------------|---------|-----------|---|

V. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

V. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE I UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

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 I WYPADKOWE | ZDROWOTNE |
|---|------------|--------------------|---|-----------------------------|
| 04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI | | | 05. | 06. |
| 07. Ubezpieczonego | | 08. Ubezpieczonego | 09. Ubezpieczenie chorobowe | 10. Ubezpieczenie zdrowotne |
| 11. Płatnika | | 12. Płatnika | 13. Ubezpieczenie wypadkowe | |
| 14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego | | | 15. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13) | |

V. C. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA²⁾

01. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego

02. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego

03. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego

04. Łączna kwota wypłaconych zasiłku (p.01 + p.02 + p.03)

VI. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

VI. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE I UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

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 I WYPADKOWE | ZDROWOTNE |
|---|------------|--------------------|---|-----------------------------|
| 04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI | | | 05. | 06. |
| 07. Ubezpieczonego | | 08. Ubezpieczonego | 09. Ubezpieczenie chorobowe | 10. Ubezpieczenie zdrowotne |
| 11. Płatnika | | 12. Płatnika | 13. Ubezpieczenie wypadkowe | |
| 14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego | | | 15. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13) | |

VI. C. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA²⁾

01. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego

02. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego

03. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego

04. Łączna kwota wypłaconych zasiłku (p.01 + p.02 + p.03)

VII. 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

VIII. ADNOTACJE ZUS

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

www.EgzaminZawodowy.info