

*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.65-02-16.08

Czas trwania egzaminu: **180 minut**

EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE

Rok 2016

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. **KARTĘ OCENY** przekaz zespołowi nadzorującemu.
4. Sprawdź, czy arkusz egzaminacyjny zawiera 10 stron i nie zawiera błędów. Ewentualny brak stron lub inne usterki zgłoś przez podniesienie ręki przewodniczącemu zespołu nadzorującego.
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

Sabina Kasprzak prowadzi jednoosobową działalność gospodarczą w zakresie świadczenia usług wydawniczych.

Wykonaj prace dla Drukarni WARMIA Sabina Kasprzak:

1. sporządź i wydrukuj z programu kadrowo-płacowego:
 - *Umowę o pracę* nr 1/2016 dla pracownika Wojciecha Jarzábka,
 - *Listę płac* za sierpień 2016 r. dla pracownika Wojciecha Jarzábka (jeśli korzystasz z programu *Symfonia*, wydrukuj listę płac rozbudowaną),
 - *Polecenie przelewu* do ZUS składek na ubezpieczenie zdrowotne pracownika i właścicielki za sierpień 2016 r. (data sporządzenia polecenia przelewu: 15 września 2016 r).
2. wypełnij formularze:
 - *ZUS RCA Imienny raport miesięczny o należnych składkach i wypłaconych świadczeniach* dla właścicielki Sabiny Kasprzak za sierpień 2016 r.,
 - *ZUS RSA Imienny raport miesięczny o wypłaconych świadczeniach i przerwach w opłacaniu składek* dla pracownika Wojciecha Jarzábka za sierpień 2016 r.

Formularze wypełnij w arkuszu egzaminacyjnym z datą 15 września 2016 r.

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

Prace z programem kadrowo-płacowym rozpocznij od:

- wprowadzenia danych identyfikacyjnych Drukarni WARMIA Sabina Kasprzak,
- wprowadzenia swojego numeru PESEL pod nazwą Drukarnia WARMIA Sabina Kasprzak,
- ustawienia parametrów płacowych programu niezbędnych do wykonania zadania,
- wprowadzenia danych właścicielki (wspólnika) Sabiny Kasprzak,
- wprowadzenia danych pracownika Wojciecha Jarzábka do ewidencji osobowej.

**Dane identyfikacyjne – Drukarnia WARMIA Sabina Kasprzak
oraz parametry programu kadrowo-płacowego**

Nazwa skrócona	WARMIA	
Nazwa pełna	Drukarnia WARMIA Sabina Kasprzak wpisz swój numer PESEL	
NIP	5711002585	
REGON	000524358	
Adres siedziby	ul. Zamkowa 8, 13-200 Działdowo	
Gmina/Powiat	Działdowo	
Województwo	warmińsko-mazurskie	
Podstawowy rachunek bankowy	Rachunek bieżący 59 2030 0045 1110 0000 0239 6010 BGŻ Centrala – Departament Operacji Krajowych	
Stan początkowy konta	25 000,00 zł	
Urząd skarbowy	Symbol	US
	Nazwa	Urząd Skarbowy w Działdowie
	Kod US	2804
	Adres	Pl. Mickiewicza 26, 13-200 Działdowo
	Konto bankowe podatek PIT	66 1010 1397 0010 0722 2300 0000 NBP O/Okr. w Olsztynie
Forma prawna	jednoosobowa działalność gospodarcza	
Osoba fizyczna do deklaracji/wspólnik	Sabina Kasprzak obok imienia wpisz swój numer PESEL	
Typ prowadzonej działalności	pozarolnicza działalność gospodarcza	
Rodzaj prowadzonej działalności	usługowa	
Rok rozpoczęcia pracy	2016	
Miesiąc pierwszej wypłaty	sierpień 2016 r.	
Zasiłki wypłacane przez	ZUS	
Dzień przekazania składek ZUS	15. dzień następnego miesiąca	
Imię i nazwisko szefa	Sabina Kasprzak/Identyfikator: SK – osoba upoważniona do podpisywania dokumentów	

**Dane identyfikacyjne właścicielki/wspólnika
oraz parametry programu kadrowo-płacowego**

Imię i nazwisko	Sabina Kasprzak
Data i miejsce urodzenia	22.08.1980 r., Elbląg
PESEL	80082208765
NIP	5711002585
Adres zamieszkania	ul. Leśna 1, 13-200 Działdowo
Gmina/Powiat	Działdowo
Województwo	warmińsko-mazurskie
Udział w firmie	100%
Urząd skarbowy	Urząd Skarbowy w Działdowie
Rachunek bankowy	numer: 59 2030 0045 1110 0000 0239 6010 nazwa banku: BGŻ Centrala – Departament Operacji Krajowych
Naliczanie składek na ubezpieczenia	Prowadzona działalność gospodarcza jest jedynym tytułem do ubezpieczeń. Przedsiębiorca jest zgłoszony do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego.
Sposób rozliczania PIT	podatek liniowy 19% zaliczka wpłacana miesięcznie
Typ i numer identyfikatora ZUS	P-PESEL
Kod tytułu ubezpieczenia	05 10 0 0
Deklaracje ZUS	generuj RCA
Oddział NFZ	14R warmińsko-mazurski
Data przystąpienia do NFZ	01.08.2016 r.
Zakład Ubezpieczeń Społecznych Inspektorat w Działdowie	ul. Waryńskiego 13, 13-200 Działdowo
Numer rachunku bankowego w ZUS dla składek na ubezpieczenie zdrowotne	78 1010 1023 0000 2613 9520 0000

Dane pracownika potrzebne do sporządzenia ewidencji osobowej, umowy o pracę i listy płac

Imię i nazwisko	Wojciech Jarząbek	
PESEL	79031414270	
Data i miejsce urodzenia	14.03.1979 r., Ostróda	
Stan cywilny	żonaty	
Imię ojca	Przemysław	
Imię i nazwisko rodowe matki	Anna Sowa	
Dowód osobisty	Numer	AGJ 148965
	Data wydania	20.05.2014 r.
	Wydany przez	Burmistrz Miasta Działdowo
Adres zamieszkania	ul. Reymonta 9, 13-200 Działdowo	
Gmina/Powiat	Działdowo	
Filar ZUS	I i II filar	
Urząd skarbowy	Urząd Skarbowy w Działdowie	
Oddział NFZ	14R warmińsko-mazurski	
Data przystąpienia do NFZ	01.08.2016 r.	
Wykształcenie	<ul style="list-style-type: none"> – średnie zawodowe/techniczne – technik procesów drukowania 	
Miejsce poprzedniego zatrudnienia	Wydawnictwo MUZA sp. z o.o. w Łławie od 10.10.2006 r. do 31.07.2016 r.	
Zestaw płacowy	administracja	
Data zawarcia umowy i dzień rozpoczęcia pracy	01.08.2016 r.	
Rodzaj umowy	umowa na czas nieokreślony	
Dział	Intrologatornia	
Stanowisko	drukarz	
Czas pracy	1/1 (pełen etat)	
Składniki wynagrodzenia	podstawa miesięczna 3 300,00 zł	
Kod tytułu ubezpieczenia	01 10 0 0	
Generowany raport ZUS	RCA	
Koszty uzyskania przychodu	odliczać 111,25 zł	
Uprawnienie do ulgi podatkowej	pracownik złożył pracodawcy oświadczenie PIT-2	
Inne warunki	wypłata wynagrodzenia za miesiąc ostatniego dnia miesiąca	
Ewidencja czasu pracy	<ul style="list-style-type: none"> – w okresie od 24 do 26 sierpnia 2016 r. pracownik był niezdolny do pracy z powodu choroby i przedstawił zwolnienie lekarskie o numerze ZUS ZLA BJ 1205556 – kod świadczenia/przerwy 331, naliczane chorobowe 80% – zgodnie ze świadectwem pracy z poprzedniego miejsca pracy jest to pierwsza niezdolność pracownika do pracy w tym roku 	

Składki na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, FP, FGŚP w 2016 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 przedsiębiorców obowiązujące w 2016 r.

Podstawa wymiaru składek na			Składki ZUS za kwiecień – grudzień 2016 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			713,35 zł	772,96 zł	288,95 zł	59,61 zł		
01-12.2016 r.			Ubezpieczenia społeczne				Ubezpieczenie zdrowotne	Fundusz Pracy
			Emerytalne	Rentowe	Chorobowe	Wypadkowe*		
2 433,00 zł	3 210,60 zł	2 433,00 zł	474,92 zł	194,64 zł	59,61 zł	43,79 zł	288,95 zł	59,61 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 podlegać będzie 5 rezultatów:

- *Umowa o pracę* nr 1/2016 dla pracownika Wojciecha Jarzębka – wydruk,
- *Lista płac* za sierpień 2016 r. dla pracownika Wojciecha Jarzębka – wydruk (wydruk z programu *Symfonia* – lista płac rozbudowana),
- *Polecenie przelewu* do ZUS składek na ubezpieczenie zdrowotne pracownika i właścicielki za sierpień 2016 r. – wydruk,
- *ZUS RCA Imienny raport miesięczny o należnych składkach i wypłaconych świadczeniach* dla właścicielki Sabiny Kasprzak za sierpień 2016 r.,
- *ZUS RSA Imienny raport miesięczny o wypłaconych świadczeniach i przerwach w opłacaniu składek* dla pracownika Wojciecha Jarzębka za sierpień 2016 r.

Formularz ZUS RCA do wypełnienia

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 / 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				
08. Imię pierwsze			09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
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	CHOROBY	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 składki 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		03. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS		
02. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika ³⁾		05. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny		
04. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego				
III. 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)		

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

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 ^{*)}	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			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 płatnika^{*)}

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 PAŃSTWA^{*)}

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. Pieczętka 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 MASZYNE 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
-----------------------------------	---------	-----------	--

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL¹⁾

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
PŁATNIKA SKŁADEK

III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

III. DANE DOTYCZĄCE
OSOBY UBEZPIECZONEJ

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 wypłat / liczba wypłat

06. Kwota zł, gr

IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

IV. DANE DOTYCZĄCE
OSOBY UBEZPIECZONEJ

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. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

V. DANE DOTYCZĄCE
OSOBY UBEZPIECZONEJ

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. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ

04. Identyfikator

VI. DANE DOTYCZĄCE
OSOBY UBEZPIECZONEJ

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 WYPEŁNIA 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 zł, gr

Okres

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 zł, gr

Okres

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 zł, gr

Okres

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 zł, gr

Okres

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

XII. ADNOTACJE ZUS

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