

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. **KARTE OCENY** przekaz zespołowi nadzorującemu część praktyczną egzaminu.
4. Sprawdź, czy arkusz egzaminacyjny zawiera 17 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 WYPELNI POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI CZARNYM LUB NIEBISKIM 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		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 REGION		
03. Numer PESEL ²⁾		04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2		
06. Nazwa skrócona		05. Seria i numer dokumentu		
07. Nazwisko		09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)		
08. Imię pierwsze				
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)
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 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 WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRĄŻKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRLKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLEJEM.

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 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

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.

⁴Blok X. wypełnia się w celu zgłoszenia / korekty danych dotyczących okresu sprzed 1 stycznia 2009 r.

PLATNIK WYPELNIJA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH- KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBISKIM KOLEM.

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		05. Seria i numer dokumentu		
06. Nazwa skrócona							
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	CHOROBY I WYPADKOWE	ZDROWOTNE			
04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	07. Ubezpieczonego		05. 08. Ubezpieczonego	06. 09. Ubezpieczenie chorobowe		10. Ubezpieczenie zdrowotne	
KWOTA SKŁADKI FINANSOWANA PRZEZ:	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				
zł, gr			zł, gr				
03. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego			04. Łączna kwota wypłaconych zasiłku (p.01 - p.02 + p.03)				
zł, gr			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	CHOROBY I WYPADKOWE	ZDROWOTNE			
04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	07. Ubezpieczonego		05. 08. Ubezpieczonego	06. 09. Ubezpieczenie chorobowe		10. Ubezpieczenie zdrowotne	
KWOTA SKŁADKI FINANSOWANA PRZEZ:	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				
zł, gr			zł, gr				
03. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego			04. Łączna kwota wypłaconych zasiłku (p.01 - p.02 + p.03)				
zł, gr			zł, gr				

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM 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	CHOROBOWE 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. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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 zasiłków (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	CHOROBOWE 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. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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 zasiłków (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.

