Pobrano z arkusze24.pl

CENTRALNA KOMISJA EGZAMINACYJNA

Nazwa kwalifikacji: **Rozliczanie wynagrodzeń i danin publicznych**
Oznaczenie kwalifikacji: **A.65**
Numer zadania: **01**

Arkusz zawiera informacje prawnie chronione do momentu rozpoczęcia egzaminu

Wypełnia zdający

Numer PESEL zdającego*

Miejsce na naklejkę z numerem PESEL i z kodem ośrodka

Układ graficzny © CKE 2013

A.65-01-14.01
Czas trwania egzaminu:**180 minut**

EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE
Rok 2014
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 przekaż 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

Pobrano z arkusze24.pl

Zadanie egzaminacyjne

Wykonaj prace dla Przedsiębiorstwa Handlowego DONATA Dorota Falta:

- sporządź i wydrukuj z programu kadrowo-płacowego umowę o pracę dla Eweliny Kosowskiej zgodnie z danymi zawartymi w arkuszu egzaminacyjnym,
- wypełnij formularz *Zgłoszenie do ubezpieczeń* ZUS ZUA dla Eweliny Kosowskiej, druk do sporządzenia dokumentu ZUS ZUA znajdziesz w arkuszu egzaminacyjnym,
- sporządź i wydrukuj z programu kadrowo-płacowego listę płac dla Eweliny Kosowskiej za grudzień 2013 r.,
- wypełnij formularz *Imienny raport miesięczny o należnych składkach i wypłaconych świadczeniach* ZUS RCA dla Eweliny Kosowskiej, druk do sporządzenia dokumentu ZUS RCA znajdziesz w arkuszu egzaminacyjnym,
- sporządź i wydrukuj z programu kadrowo-płacowego deklarację podatkową PIT 11 za rok 2013 dla Eweliny Kosowskiej (miesiąc grudzień należy traktować jako pełny rok obrachunkowy).

Wykonaj zadanie na stanowisku egzaminacyjnym na którym znajduje komputer z oprogramowaniem kadrowo-płacowym z drukarką.

Prace z programem kadrowo-płacowym rozpocznij od:

- wprowadzenia danych identyfikacyjnych Przedsiębiorstwa Handlowego DONATA Dorota Falta,
- wprowadzenia swojego numeru PESEL pod nazwą Przedsiębiorstwa Handlowego DONATA Dorota Falta,
- wprowadzenia danych pracownicy Eweliny Kosowskiej do ewidencji osobowej.

Pobrano z arkusze24.pl

Dane identyfikacyjne Przedsiębiorstwa Handlowego DONATA Dorota Falta

Nazwa pełna	Przedsiębiorstwo Handlowe DONATA Dorota Falta
Nazwa skrócona	DONATA
Adres siedziby	64-920 Piła, ul. Siwa 11
Gmina/Poczta	Piła
województwo	wielkopolskie
NIP	7641003303
REGON	870244659
Numer rachunku bankowego	Nazwa: rachunek bieżący 50 1320 1351 2226 2446 2000 0001
Nazwa banku	BPSA O. w Pile
Urząd Skarbowy	Symbol: US Urząd Skarbowy w Pile ul. Kossaka 106, 64-920 Piła kod US 3019
Rachunek bankowy Deklaracja PIT	83 1010 1469 0059 2022 2300 0000
Forma prawna	jednoosobowa działalność gospodarcza
Osoba fizyczna do deklaracji/wspólnik	Dorota Falta Data i miejsce urodzenia: 24-05-1970 r. w Pile PESEL 70052406307 NIP: 7641003303 Zamieszkały: 64-920 Piła, ul. Siwa 11 Udział w firmie 100%
Typ prowadzonej działalności	pozarolnicza działalność gospodarcza
Rodzaj prowadzonej działalności	działalność handlowa
Rok rozpoczęcia pracy	2013
Miesiąc pierwszej wypłaty	grudzień 2013 r.
ZUS zasiłki wypłacane	ZUS
Dzień przekazania składek ZUS	15 dzień następnego miesiąca
Imię i nazwisko szefa	Donata Falta/Identyfikator: DF

Pobrano z arkusze24.pl

Dane pracownicy potrzebne do sporządzenia ewidencji osobowej i umowy o pracę.

Imię i nazwisko	Ewelina Kosowska
Data urodzenia	01.02.1985 r.
Miejsce urodzenia	Piła
Filar ZUS	I i II filar
Stan cywilny	panna
Imię ojca	Ryszard
Imię matki	Monika Buda
Nazwisko rodowe	Kosowska
NIP	7642023302
PESEL	85020105223
Numer dowodu osobistego	AIG 263260
Data wydania	20.03.2005 r.
DO wydany przez	Prezydenta Miasta Piła
Adres zamieszkania	64-920 Piła ul. Wiśniowa 6
Poczta/ Gmina	Piła
Urząd Skarbowy	Urząd Skarbowy w Pile ul. Kossaka 106 64-920 Piła
Oddział NFZ	15R wielkopolski
Data przystąpienia do NFZ	01.12.2013 r.
Wykształcenie	średnie, zawodowe technik ekonomista
Zestaw płacowy	administracja
Data zatrudnienia	01.12. 2013 r.
Okres zatrudnienia	nieokreślony
Dział	administracja
Stanowisko	handlowiec
Czas pracy	1/1 biurowy
Składniki wynagrodzenia	podstawa miesięczna 3 000,00 zł premia uznaniowa 500,00 zł
Tytuł ubezpieczenia	0110 00
Generowany raport	ZUS RCA
Koszty uzyskania przychodów	odliczać
Naliczaj składki ZUS	emerytalne, rentowe, chorobowe, wypadkowe, zdrowotne, FP, FGŚP
Treść umowy	umowa o pracę

W tabeli podane są podstawowe informacje potrzebne do sporządzenia umowy o pracę i listy płac.

Pobrano z arkusze24.pl

Składki na ubezpieczenia społeczne, Fundusz Pracy, FGŚP w 2013 r.

Rodzaj ubezpieczenia		emerytalne	rentowe	chorobowe	wypadkowe	FP	FGŚP
Składki finansowane przez	pracownika	9,76%	1,5%	2,45%	-	-	-
	pracodawcę	9,76%	6,5%	-	1,93%	2,45%	0,10%

Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 180 minut.

Ocenie podlegać będzie 5 rezultatów:

- Umowa o pracę dla Eweliny Kosowskiej – wydruk z programu kadrowo-płacowego,
- Sporządzone „Zgłoszenie do ubezpieczeń" ZUS ZUA dla Eweliny Kosowskiej – wypełniony druk w arkuszu egzaminacyjnym,
- Lista płac za grudzień 2013 r. – wydruk z programu kadrowo-płacowego,
- Sporządzony „Imienny raport miesięczny" ZUS RCA dla Eweliny Kosowskiej za grudzień 2013 r. - wypełniony druk w arkuszu egzaminacyjnym,
- Deklaracja PIT-11 informacja o dochodach oraz o pobranych zaliczkach na podatek dochodowy za 2013 r. dla Eweliny Kosowskiej – wydruk z programu kadrowo-płacowego.

Pobrano z arkusze24.pl

PŁATNIK 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)

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 PŁATNIKA SKŁADEK

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA 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

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

03. Rentowym

04. Chorobowemu

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

02. Od dnia (dd / mm / rrrr)

03. Rentowymi

04. Od dnia (dd / mm / rrrr)

05. Chorobowym

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 UBEZPIECZEŃ [4]

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) – (dd / mm / rrrr)

Pobrano z arkusze24.pl

PŁATNIK WYPEŁNIA 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 PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rr)

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. Pieczątka 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.

Pobrano z arkusze24.pl

PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE
DUŻYM 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 PŁATNIKA SKŁADEK

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 / rrrr)

III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

III. DANE DOTYCZĄCE 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
PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	04. zł gr		05. zł gr	06. zł gr
KWOTA SKŁADKI FINANSOWANA PRZEZ:	07. Ubezpieczonego zł gr	08. Ubezpieczonego zł gr	KWOTA SKŁADKI NA: 09. Ubezpieczenie chorobowe zł gr	KWOTA SKŁADKI NA: 10. Ubezpieczenie zdrowotne zł gr
	11. Płatnika zł gr	12. Płatnika zł gr	13. Ubezpieczenie wypadkowe zł gr	

14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składki w ramach pracowniczego programu emerytalnego zł gr

15. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13) zł gr

III. C. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA [2)]

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

IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

IV. DANE DOTYCZĄCE 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
PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	04. zł gr		05. zł gr	06. zł gr
KWOTA SKŁADKI FINANSOWANA PRZEZ:	07. Ubezpieczonego zł gr	08. Ubezpieczonego zł gr	KWOTA SKŁADKI NA: 09. Ubezpieczenie chorobowe zł gr	KWOTA SKŁADKI NA: 10. Ubezpieczenie zdrowotne zł gr
	11. Płatnika zł gr	12. Płatnika zł gr	13. Ubezpieczenie wypadkowe zł gr	

14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składki w ramach pracowniczego programu emerytalnego zł gr

15. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13) zł gr

IV. C. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA [2)]

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

Pobrano z arkusze24.pl

PŁATNIK 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**

V. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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
PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	04. zł gr		05. zł gr	06. zł gr
KWOTA SKŁADKI FINANSOWANA PRZEZ:	07. Ubezpieczonego zł gr	08. Ubezpieczonego zł gr	KWOTA SKŁADKI NA: 09. Ubezpieczenie chorobowe zł gr	KWOTA SKŁADKI NA: 10. Ubezpieczenie zdrowotne zł gr
	11. Płatnika zł gr	12. Płatnika zł gr	13. Ubezpieczenie wypadkowe zł gr	

14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składki w ramach pracowniczego programu emerytalnego zł gr

15. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13) zł gr

V. C. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA 2)

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

VI. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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
PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	04. zł gr		05. zł gr	06. zł gr
KWOTA SKŁADKI FINANSOWANA PRZEZ:	07. Ubezpieczonego zł gr	08. Ubezpieczonego zł gr	KWOTA SKŁADKI NA: 09. Ubezpieczenie chorobowe zł gr	KWOTA SKŁADKI NA: 10. Ubezpieczenie zdrowotne zł gr
	11. Płatnika zł gr	12. Płatnika zł gr	13. Ubezpieczenie wypadkowe zł gr	

14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składki w ramach pracowniczego programu emerytalnego zł gr

15. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13) zł gr

VI. C. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA 2)

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

VII. 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. Pieczątka 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 świadczenie finansowane z budżetu państwa należne za okres do dnia 31 sierpnia 2006 r.