

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

Oznaczenie kwalifikacji: **A.65**

Numer zadania: **01**

Wypełnia zdający

Miejsce na naklejkę z numerem
PESEL i z kodem ośrodka

Numer PESEL zdającego*

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

A.65-01-15.05

Czas trwania egzaminu: **180 minut**

EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE
Rok 2015
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 przełącz 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 (ZNCP).
5. Zapoznaj się z treścią zadania oraz stanowiskiem egzaminacyjnym. Masz na to 10 minut. Czas ten nie jest wliczony do czasu trwania egzaminu.
6. Czas rozpoczęcia i zakończenia pracy zapisze w widocznym miejscu przewodniczący ZNCP.
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 ZNCP.
9. Po zakończeniu wykonania zadania pozostaw rezultaty oraz arkusz egzaminacyjny na swoim stanowisku lub w miejscu wskazanym przez przewodniczącego ZNCP.
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 tożsamości

Zadanie egzaminacyjne

Wykonaj prace związane z zatrudnieniem pracownika w Zakładach Meblowych *DOMUS* sp. z o.o., rozliczeniem jego wynagrodzenia oraz sporządzeniem deklaracji dla celów ubezpieczeniowych.

1. Sporządź i wydrukuj z programu kadrowo-płacowego dokumenty dla pracownika Piotra Gaj:
 - Kwestionariusz osobowy,
 - Umowę o pracę nr 1/2015,
 - Listę płac za kwiecień 2015 r. (jeśli korzystasz z programu Symfonia wydrukuj rozbudowaną listę płac)
2. Wypełnij formularze dla pracownika Piotra Gaj:
 - ZUS ZUA Zgłoszenie do ubezpieczeń,
 - ZUS RCA Imienny raport miesięczny o należnych składkach i wypłaconych świadczeniach za kwiecień 2015 r.

Potrzebne druki do wypełnienia formularzy ZUS zostały zamieszczone w arkuszu egzaminacyjnym.

Zadanie egzaminacyjne wykonaj na stanowisku wyposażonym w komputer z oprogramowaniem kadrowo-płacowym, podłączony do drukarki.

Prace w programie kadrowo-płacowym rozpocznij od:

- wprowadzenia danych identyfikacyjnych Zakładów Meblowych *DOMUS* sp. z o.o.,
- wpisania swojego numeru PESEL pod nazwą Zakładów Meblowych *DOMUS* sp. z o.o.,
- zaktualizowania parametrów podatkowych i ubezpieczeniowych niezbędnych do wykonania zadania (od 1 kwietnia 2015 r. stawka na ubezpieczenia wypadkowe wynosi 1,80%);
- wprowadzenia danych pracownika do ewidencji osobowej.

Dane identyfikacyjne Zakładów Meblowych *DOMUS* sp. z o.o.

Nazwa skrócona	<i>DOMUS</i>
Nazwa pełna	Zakłady Meblowe <i>DOMUS</i> sp. z o.o.
NIP	5750000863
REGON	150009542
Adres siedziby	ul. Radosna 12; 44-203 Rybnik
Gmina/Pocztą	Rybnik
województwo	śląskie
Numer rachunku bankowego	52 1020 2472 0000 6602 0184 5050
Nazwa banku	PKO Oddział 1 w Rybniku
Urząd skarbowy	Symbol: US Urząd Skarbowy w Rybniku Pl. Armii Krajowej 3, 44-200 Rybnik
Kod US	2427
Rachunek bankowy dla deklaracji PIT	28 1010 1212 3064 2122 2300 0000 NBP O/Okr. w Katowicach
Forma prawna	Spółka z o.o.
Rodzaj działalności	produkcyjna
Rok rozpoczęcia pracy	2015
Miesiąc pierwszej wypłaty	kwiecień 2015 r.
Zasiłki wypłacane przez	ZUS
Dzień przekazania składek ZUS	15 dzień następnego miesiąca
Imię i nazwisko szefa	Marta Paś – upoważniona do sporządzania i podpisywania dokumentów
Identyfikator	MP

Dane pracownika Piotra Gaj

Wyszczególnienie	Dane pracownika
Imię	Piotr
Nazwisko	Gaj
Drugie imię	Marcin
Data i miejsce urodzenia	05.05.1986 r. Katowice
Filar ZUS	I i II
Stan cywilny	żonaty
Imię ojca	Jan
Imię matki/Nazwisko rodowe	Monika Jaksa
Obywatelstwo	polskie
PESEL	86050519198
Dokument tożsamości	dowód osobisty nr AGB 189645 wydany 16.05.2010 r. przez Prezydenta Miasta Katowice
Adres zameldowania i zamieszkania	ul. Rubinowa 13, 44-207 Rybnik woj. śląskie
Bank i numer rachunku bankowego	pracownik złożył oświadczenie o wyrażeniu zgody na dokonywanie wypłaty wynagrodzenia na rachunek bankowy nr 52 1020 2472 0000 6602 0184 8472 w PKO Oddział 1 w Rybniku
Urząd Skarbowy	Urząd Skarbowy w Rybniku
Oddział NFZ	12R
Data przystąpienia do NFZ	01.04.2015 r.
Wykształcenie	średnie zawodowe techniczne, zawód wyuczony technik mechanik, ukończona szkoła: Technikum nr 12 w Zabrze, rok ukończenia: 2006, liczba lat nauki: 4
Kompetencje – język obcy	język niemiecki na poziomie komunikatywnym
Poprzednie zatrudnienie	specjalista ds. kontroli jakości w okresie 12.09.2007 r. – 31.03.2015 r. w Zakładach Mechanicznych w Katowicach, liczba dni urlopu wypoczynkowego wykorzystana w roku zwolnienia – 20 dni, przyczyna rozwiązania umowy – oświadczenie pracownika z zachowaniem okresu wypowiedzenia

Dane potrzebne do sporządzenia umowy o pracę

Wyszczególnienie	Pracownik – Piotr Gaj
Data podpisania umowy i dzień rozpoczęcia pracy	01.04.2015 r.
Zestaw płacowy	robotnicy
Umowa o pracę	na czas nieokreślony od 01.04.2015 r.
Dział	produkcja
Stanowisko	stolarz
Czas pracy	1/1
Składniki na umowie	– wynagrodzenie według stawki akordowej – premia regulaminowa 300 zł
Tytuł ubezpieczenia	0110 0 0
Generowany raport	RCA
Naliczaj składki ZUS	emerytalne, rentowe, chorobowe, wypadkowe, zdrowotne, FP, FGŚP
Ulga podatkowa – odliczenie	pracownik złożył pracodawcy PIT-2 oświadczenie upoważniające pracodawcę do stosowania ulgi podatkowej od wynagrodzenia
Data sporządzenia listy płac	30.04.2015 r.

Informacje dodatkowe potrzebne do sporządzenia listy płac

Pracownik Piotr Gaj jest wynagradzany w systemie akordu prostego z premią regulaminową. W kwietniu 2015 r. wytworzył 167 szt. taboretów według stawki akordowej wynoszącej 18 zł/szt. Wszystkie wykonane przez Piotra Gaj taborety spełniły wymogi jakościowe.
UWAGA! Przed sporządzeniem listy płac wpisz dane do ewidencji akordów.

Wybrane parametry ubezpieczeń i funduszy ZUS – kwiecień 2015 r.

Rodzaj składki	Źródło finansowania	
	pracownik	pracodawca
emerytalna	9,76%	9,76%
rentowa	1,50%	6,50%
chorobowa	2,45%	–
wypadkowa	–	1,80%
FP	–	2,45%
FGŚP	–	0,10%
zdrowotna – odliczona	7,75%	–
zdrowotna – nieodliczona	1,25%	–

Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 180 minut.

Ocenie podlegać będzie 5 rezultatów:

- *Kwestionariusz osobowy* dla Piotra Gaj – wydruk z programu kadrowo-płacowego;
- *Umowa o pracę nr 1/2015* dla Piotra Gaj – wydruk z programu kadrowo-płacowego;
- *Lista płac* za kwiecień 2015 r. – wydruk z programu kadrowo-płacowego;
- *ZUS ZUA Zgłoszenie do ubezpieczeń* dla Piotra Gaj – wypełniony formularz w arkuszu egzaminacyjnym (data sporządzenia 07.04.2015 r.);
- *ZUS RCA Imienny raport miesięczny o należnych składkach i wypłaconych świadczeniach* dla Piotra Gaj za kwiecień 2015 r. – wypełniony formularz w arkuszu egzaminacyjnym (data sporządzenia 30.04.2015 r.)

Wydruki rezultatów dołącz do arkusza egzaminacyjnego, a arkusz pozostaw na stanowisku egzaminacyjnym.

Formularz ZUS ZUA do wypełnienia

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE
DJŹYMI 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)		<input type="checkbox"/>		02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych) ¹⁾		
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)		<input type="checkbox"/>		04. Nalepka „R”		
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, <input type="checkbox"/>		05. Seria i numer dokumentu	
06. Nazwa skrócona			jeśli paszport - 2 <input type="checkbox"/>			
07. Nazwisko						
08. Imię pierwsze					09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ						
01. Numer PESEL ²⁾		02.		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, <input type="checkbox"/> M - mężczyzna) <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>		04. Chorobowemu <input type="checkbox"/>		
		03. Rentowym <input type="checkbox"/>		05. Wypadkowemu <input type="checkbox"/>		
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 <input type="checkbox"/>		03. Rentowymi <input type="checkbox"/>		05. Chorobowym <input type="checkbox"/>		
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 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)		04. <input type="checkbox"/>

PLATNIK 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 / 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

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.

Formularz ZUS RCA do wypełnienia

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE 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 PLATNIKA 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 / rrr)

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
wymiary składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe

03. Wymiar czasu pracy

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBY	WYPADKOWE
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
budżetu państwa	15. zł, gr	16. zł, gr	17. zł, gr	18. zł, gr
PFRON ²⁾	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	zł, gr		28. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.26)	zł, gr

III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Podstawa wymiaru składki

zł, gr

02. Kwota należnej składki
finansowana przez płatnika³⁾

zł, gr

03. Kwota należnej składki
finansowana z budżetu państwa
bezpośrednio do ZUS

zł, gr

04. Kwota należnej składki
finansowana przez
ubezpieczonego

zł, gr

05. Kwota należnej składki
finansowana przez Fundusz
Kościelny

zł, gr

III. D. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA⁴⁾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

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PLATNIKA SKŁADEK

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia

02. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy
wymiary składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe

03. Wymiar czasu pracy

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

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBOWE	WYPADKOWE
04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	zi, gr		05. zi, gr	06. zi, gr
SKŁADKA FINANSOWANA PRZEZ:				
ubezpieczonego	07. zi, gr	08. zi, gr	09. zi, gr	10. zi, gr
płatnika	11. zi, gr	12. zi, gr	13. zi, gr	14. zi, gr
budżetu państwa	15. zi, gr	16. zi, gr	17. zi, gr	18. zi, gr
PFRON ¹⁾	19. zi, gr	20. zi, gr	21. zi, gr	22. zi, gr
Fundusz Kościelny	23. zi, gr	24. zi, gr	25. zi, gr	26. zi, gr
27. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego	zi, gr		28. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.26)	zi, gr

IV. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Podstawa wymiaru składki

zi, gr

02. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika²⁾

zi, gr

03. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS

zi, gr

04. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego

zi, gr

05. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny

zi, gr

IV. D. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA⁴⁾

01. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego

zi, gr

02. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego

zi, gr

03. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego

zi, gr

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

zi, gr

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. Pieczęć płatnika

VI. ADNOTACJE ZUS

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

²⁾ Pół 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, złożony 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.