

**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: **01**

Wypełnia zdający

Miejsce na naklejkę z numerem  
PESEL i z kodem ośrodka

Numer PESEL zdającego\*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**A.65-01-16.08**

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 przełącz 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

Piotr Kowalczyk prowadzi jednoosobową działalność gospodarczą w zakresie świadczenia usług projektowania i aranżacji wnętrz.

Wykonaj prace dla Studia Architektury KURPIE Piotr Kowalczyk:

1. Sporządź i wydrukuj z programu kadrowo-płacowego:
  - *Umowę o pracę* nr 1/2016 dla pracownicy Alicji Jeremko,
  - *Listę płac* za sierpień 2016 r. dla pracownicy Alicji Jaremko (jeśli korzystasz z programu *Symfonia*, wydrukuj listę płac rozbudowaną),
  - *Polecenie przelewu* do ZUS składek na ubezpieczenia społeczne pracownicy i właściciela 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 pracownicy Alicji Jeremko za sierpień 2016 r.,
  - *ZUS RSA Imienny raport miesięczny o wypłaconych świadczeniach i przerwach w opłacaniu składek* dla pracownicy Alicji Jeremko 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 Studia Architektury KURPIE Piotr Kowalczyk,
- wprowadzenia swojego numeru PESEL pod nazwą Studio Architektury KURPIE Piotr Kowalczyk,
- ustawienia parametrów płacowych programu niezbędnych do wykonania zadania,
- wprowadzenia danych właściciela (wspólnika) Piotra Kowalczyka,
- wprowadzenia danych pracownicy Alicji Jeremko do ewidencji osobowej.

**Dane identyfikacyjne – Studio Architektury KURPIE Piotr Kowalczyk  
oraz parametry programu kadrowo-płacowego**

|                                       |   |  |
|---------------------------------------|---|--|
| Nazwa skrócona                        | KURPIE  |  |
| Nazwa pełna                           | Studio Architektury KURPIE Piotr Kowalczyk<br><b>wpisz swój numer PESEL</b>         |  |
| NIP                                   | 5671024533  |  |
| REGON                                 | 146852939   |  |
| Adres siedziby                        | ul. Wiklinowa 2, 06-400 Ciechanów   |  |
| Gmina/Powiat                          | Ciechanów   |  |
| Województwo                           | mazowieckie   |  |
| Podstawowy rachunek bankowy           | rachunek bieżący<br>32 1140 2004 0000 3902 7488 4251<br>mBank S.A. w Łodzi          |  |
| Stan początkowy konta                 | 30 000,00 zł  |  |
| Urząd skarbowy                        | Symbol  | US   |
|                                       | Nazwa   | Urząd Skarbowy w Ciechanowie                               |
|                                       | Kod US  | 1403   |
|                                       | Adres   | ul. Warszawska 58, 06-400 Ciechanów                        |
|                                       | Konto bankowe podatek PIT   | 32 1010 1010 0070 5422 2300 0000<br>NBP O/Okr. w Warszawie |
| Forma prawna                          | jednoosobowa działalność gospodarcza  |  |
| Osoba fizyczna do deklaracji/wspólnik | Piotr Kowalczyk<br><b>obok imienia wpisz swój numer PESEL</b>                       |  |
| 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                 | Piotr Kowalczyk/Identyfikator: PK<br>– osoba upoważniona do podpisywania dokumentów |  |

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

|   |   |
|---|---|
| Imię i nazwisko   | Piotr Kowalczyk   |
| Data i miejsce urodzenia  | 26.10.1966 r., Olsztyn  |
| PESEL   | 66102600313   |
| NIP   | 5671024533  |
| Adres zamieszkania  | ul. Graniczna 12, 06-400 Ciechanów  |
| Gmina/Powiat  | Ciechanów   |
| Województwo   | mazowieckie   |
| Udział w firmie   | 100%  |
| Urząd Skarbowy  | Urząd Skarbowy w Ciechanowie  |
| Rachunek bankowy  | numer: 32 1140 2004 0000 3902 7488 4251<br>nazwa banku: mBank S.A. w Łodzi  |
| Naliczanie składek na ubezpieczenia                                   | Prowadzona działalność gospodarcza jest jedynym tytułem do ubezpieczeń.<br>Przedsiębiorca jest zgłoszony do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. |
| Sposób rozliczania PIT  | podatek progresywny<br>zaliczka wpłacana miesięcznie  |
| Typ i numer identyfikatora ZUS  | P-PESEL   |
| Kod tytułu ubezpieczenia  | 05 10 0 0   |
| Deklaracje ZUS  | generuj RCA   |
| Oddział NFZ   | 07R mazowiecki  |
| Data przystąpienia do NFZ   | 01.08.2016 r.   |
| Zakład Ubezpieczeń Społecznych Inspektorat w Ciechanowie              | ul. Rzeczkowska 8, 06-400 Ciechanów   |
| Numer rachunku bankowego w ZUS dla składek na ubezpieczenia społeczne | 83 1010 1023 0000 2613 9510 0000  |

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

|   |              |  |
|---|--------------|--|
| Imię i nazwisko                               |              | Alicja Jeremko   |
| PESEL   |              | 75102410826  |
| Data i miejsce urodzenia                      |              | 24.10.1975 r., Ciechanów   |
| Stan cywilny                                  |              | mężatka  |
| Imię ojca                                     |              | Zbigniew   |
| Imię i nazwisko rodowe matki                  |              | Elżbieta Rostek  |
| Dowód osobisty                                | Numer        | AGJ 234560   |
|   | Data wydania | 20.05.2010 r.  |
|   | Wydany przez | Burmistrz Miasta Ciechanowa  |
| Adres zamieszkania                            |              | ul. Orylska 3, 06-400 Ciechanów  |
| Gmina/Powiat                                  |              | Ciechanów  |
| Filar ZUS                                     |              | I i II filar   |
| Urząd skarbowy                                |              | Urząd Skarbowy w Ciechanowie   |
| Oddział NFZ                                   |              | 07R mazowiecki   |
| Data przystąpienia do NFZ                     |              | 01.08.2016 r.  |
| Wykształcenie                                 |              | – wyższe<br>– magister inżynier architekt  |
| Miejsce poprzedniego zatrudnienia             |              | Biuro Projektów Budownictwa sp. z o.o. we Wrocławiu<br>od 10.10.2007 r. do 31.07.2016 r.   |
| Zestaw płacowy                                |              | administracja  |
| Data zawarcia umowy i dzień rozpoczęcia pracy |              | 01.08.2016 r.  |
| Rodzaj umowy                                  |              | umowa o pracę na czas określony<br>od 01.08.2016 r. do 31.08.2017 r.   |
| Dział   |              | Biuro Projektów  |
| Stanowisko                                    |              | architekt  |
| Czas pracy                                    |              | 1/1 (pełen etat)   |
| Składniki wynagrodzenia                       |              | podstawa miesięczna 4 200,00 zł  |
| Kod tytułu ubezpieczenia                      |              | 01 10 0 0  |
| Generowany raport ZUS                         |              | RCA  |
| Koszty uzyskania przychodu                    |              | odliczać 111,25 zł   |
| Uprawnienie do ulgi podatkowej                |              | pracownica złożyła pracodawcy oświadczenie PIT-2   |
| Inne warunki                                  |              | wypłata wynagrodzenia za miesiąc ostatniego dnia miesiąca  |
| Ewidencja czasu pracy                         |              | – w okresie od 16 do 20 sierpnia 2016 r. pracownica była niezdolna do pracy z powodu choroby i przedstawiła zwolnienie lekarskie o numerze ZUS ZLA BJ 1205511<br>– kod świadczenia/przerwy 331<br>– naliczane chorobowe 80%<br>– zgodnie ze świadectwem pracy z poprzedniego miejsca pracy jest to pierwsza niezdolność pracownicy 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.**

**Ocenić podlegać będzie 5 rezultatów:**

- *Umowa o pracę* nr 1/2016 dla pracownicy Alicji Jeremko – wydruk,
- *Lista płac* za sierpień 2016 r. dla pracownicy Alicji Jaremko – wydruk (wydruk z programu *Symfonia* – lista płac rozbudowana),
- *Polecenie przelewu* do ZUS składek na ubezpieczenia społeczne pracownicy i właściciela za sierpień 2016 r. – wydruk,
- *ZUS RCA Imienny raport miesięczny o należnych składkach i wypłaconych świadczeniach* dla pracownicy Alicji Jeremko za sierpień 2016 r.,
- *ZUS RSA Imienny raport miesięczny o wypłaconych świadczeniach i przerwach w opłaceniu składek* dla pracownicy Alicji Jeremko 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 NIEBIESZYM KOLOREM.

|                                   |         |           |  |
|-----------------------------------|---------|-----------|--|
| ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ<br>SPOŁECZNYCH | ZUS RCA | strona: 1 | IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH<br>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 PESEL <sup>1)</sup>

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  
wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe

03. Wymiar czasu pracy

| UBEZPIECZENIE  | EMERYTALNE   | RENTOWE                  | CHOROBY                  | WYPADKOWE                |
|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>     | 05. <input type="text"/> | 06. <input type="text"/> |
| SKŁADKA FINANSOWANA PRZEZ:   |  |                          |                          |                          |
| ubezpieczonego   | 07. <input type="text"/>   | 08. <input type="text"/> | 09. <input type="text"/> | 10. <input type="text"/> |
| płatnika   | 11. <input type="text"/>   | 12. <input type="text"/> | 13. <input type="text"/> | 14. <input type="text"/> |
| budżet państwa   | 15. <input type="text"/>   | 16. <input type="text"/> | 17. <input type="text"/> | 18. <input type="text"/> |
| PFRON <sup>2)</sup>  | 19. <input type="text"/>   | 20. <input type="text"/> | 21. <input type="text"/> | 22. <input type="text"/> |
| Fundusz Kościelny  | 23. <input type="text"/>   | 24. <input type="text"/> | 25. <input type="text"/> | 26. <input type="text"/> |
| 27. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego <input type="text"/> | 28. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.26) <input type="text"/> |                          |                          | <input type="text"/>     |

## III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Podstawa wymiaru składki

02. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika <sup>3)</sup>

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

III. D. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA <sup>4)</sup>

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)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE.  
DUŻYMI DROKOWANYMI 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

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                                       | WYPADKOWE  |
|---|------------|------------|---|------------|
| 04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI  | 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 <sup>3)</sup>   | 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     |

## IV. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Podstawa wymiaru składki

|        |
|--------|
| zł, gr |
|--------|

02. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika<sup>3)</sup>

|        |
|--------|
| 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 |
|--------|

IV. D. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA<sup>4)</sup>

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 |
|--------|

## 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. Pieczęćka płatnika

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

## VI. ADNOTACJE ZUS

<sup>3)</sup> Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.

<sup>4)</sup> Pol 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 cofinansowania uwzględnionego w raporcie za ten okres, złożonym nie później niż 30 czerwca 2008 r.

<sup>5)</sup> W tym polu należy także wykazać kwotę składki finansowaną z budżetu państwa, jeśli dotację otrzymuje płatnik.

<sup>6)</sup> 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 KRAJKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE  
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

| ZAKŁAD URZĘDZĄCYCH SPOŁECZNYCH   |  | ZUS RSA |  | strona 1  | IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH I PRZERWACH W OPŁACANIU SKŁADEK |  |
|--|--|---------|--|---|---|--|
| <b>I. DANE ORGANIZACYJNE</b>   |  |         |  |   |   |  |
| 01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrr)   |  |         |  |   |   |  |
| <b>II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK</b>   |  |         |  |   |   |  |
| 01. Numer NIP (wpisać bez kresek)  |  |         |  | 02. Numer REGON   |   |  |
| 03. Numer PESEL <sup>1)</sup>  |  |         |  | 04. Rodzaj dokumentu:<br>jeśli cwoć osobisty, wpisać 1,<br>jeśli paszport - 2 |   |  |
| 05. Seria i numer dokumentu  |  |         |  | 06. Nazwa skrócona  |   |  |
| 07. Nazwisko   |  |         |  | 08. Imię pierwsze   |   |  |
| 09. Data urodzenia (dd / mm / rrr)   |  |         |  |   |   |  |
| <b>III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>  |  |         |  |   |   |  |
| 01. Nazwisko   |  |         |  |   |   |  |
| 02. Imię pierwsze  |  |         |  |   |   |  |
| 03. Typ 04. Identyfikator  |  |         |  |   |   |  |
| <b>III. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ</b> |  |         |  |   |   |  |
| 01. Kod tytułu ubezpieczenia   |  |         |  |   |   |  |
| 02. Kod świadczenia / przerwy  |  |         |  |   |   |  |
| 03. Od (dd / mm / rrr)   |  |         |  |   |   |  |
| 04. Do (dd / mm / rrr)   |  |         |  |   |   |  |
| 05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat   |  |         |  |   |   |  |
| 06. Kwota zł, gr   |  |         |  |   |   |  |
| <b>IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>   |  |         |  |   |   |  |
| 01. Nazwisko   |  |         |  |   |   |  |
| 02. Imię pierwsze  |  |         |  |   |   |  |
| 03. Typ 04. Identyfikator  |  |         |  |   |   |  |
| <b>IV. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ</b>  |  |         |  |   |   |  |
| 01. Kod tytułu ubezpieczenia   |  |         |  |   |   |  |
| 02. Kod świadczenia / przerwy  |  |         |  |   |   |  |
| 03. Od (dd / mm / rrr)   |  |         |  |   |   |  |
| 04. Do (dd / mm / rrr)   |  |         |  |   |   |  |
| 05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat   |  |         |  |   |   |  |
| 06. Kwota zł, gr   |  |         |  |   |   |  |
| <b>V. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>  |  |         |  |   |   |  |
| 01. Nazwisko   |  |         |  |   |   |  |
| 02. Imię pierwsze  |  |         |  |   |   |  |
| 03. Typ 04. Identyfikator  |  |         |  |   |   |  |
| <b>V. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ</b>   |  |         |  |   |   |  |
| 01. Kod tytułu ubezpieczenia   |  |         |  |   |   |  |
| 02. Kod świadczenia / przerwy  |  |         |  |   |   |  |
| 03. Od (dd / mm / rrr)   |  |         |  |   |   |  |
| 04. Do (dd / mm / rrr)   |  |         |  |   |   |  |
| 05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat   |  |         |  |   |   |  |
| 06. Kwota zł, gr   |  |         |  |   |   |  |
| <b>VI. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>   |  |         |  |   |   |  |
| 01. Nazwisko   |  |         |  |   |   |  |
| 02. Imię pierwsze  |  |         |  |   |   |  |
| 03. Typ 04. Identyfikator  |  |         |  |   |   |  |
| <b>VI. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ / WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ</b>  |  |         |  |   |   |  |
| 01. Kod tytułu ubezpieczenia   |  |         |  |   |   |  |
| 02. Kod świadczenia / przerwy  |  |         |  |   |   |  |
| 03. Od (dd / mm / rrr)   |  |         |  |   |   |  |
| 04. Do (dd / mm / rrr)   |  |         |  |   |   |  |
| 05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat   |  |         |  |   |   |  |
| 06. Kwota zł, gr   |  |         |  |   |   |  |

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRÓTKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE  
DUŻYM DROKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOŁOREM

|                                   |     |     |           |  |
|-----------------------------------|-----|-----|-----------|--|
| ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ<br>SPOŁECZNYCH | ZUS | RSA | strona: 2 | IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH<br>I PRZERWACH W OPŁACANIU SKŁADEK |
|-----------------------------------|-----|-----|-----------|--|

  

|  |   |  |  |                               |
|--|---|--|--|-------------------------------|
| VII. DANE DOTYCZĄCE<br>OSOBY UBEZPIECZONEJ   | <b>VII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>   |  |  |                               |
|  | 01. Nazwisko  |  |  |                               |
|  | 02. Imię pierwsze   |  | 03. Typ                                    | 04. Identyfikator             |
| VIII. DANE DOTYCZĄCE<br>OSOBY UBEZPIECZONEJ  | <b>VII. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ /<br/>WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ</b>  |  |  |                               |
|  | 01. Koc tytułu ubezpieczenia  |  |  |                               |
|  | 03. Od (dd / mm / rrrr)   |  | 04. Do (dd / mm / rrrr)                    | 02. Koc świadczenia / przerwy |
|  | Okres   |  | 05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat | 06. Kwota zł, gr              |
| VIII. DANE DOTYCZĄCE<br>OSOBY UBEZPIECZONEJ  | <b>VIII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>  |  |  |                               |
|  | 01. Nazwisko  |  |  |                               |
|  | 02. Imię pierwsze   |  | 03. Typ                                    | 04. Identyfikator             |
| VIII. DANE DOTYCZĄCE<br>OSOBY UBEZPIECZONEJ  | <b>VIII. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ /<br/>WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ</b> |  |  |                               |
|  | 01. Koc tytułu ubezpieczenia  |  |  |                               |
|  | 03. Od (dd / mm / rrrr)   |  | 04. Do (dd / mm / rrrr)                    | 02. Koc świadczenia / przerwy |
|  | Okres   |  | 05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat | 06. Kwota zł, gr              |
| IX. DANE DOTYCZĄCE<br>OSOBY UBEZPIECZONEJ  | <b>IX. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>  |  |  |                               |
|  | 01. Nazwisko  |  |  |                               |
|  | 02. Imię pierwsze   |  | 03. Typ                                    | 04. Identyfikator             |
| IX. DANE DOTYCZĄCE<br>OSOBY UBEZPIECZONEJ  | <b>IX. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ /<br/>WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ</b>   |  |  |                               |
|  | 01. Koc tytułu ubezpieczenia  |  |  |                               |
|  | 03. Od (dd / mm / rrrr)   |  | 04. Do (dd / mm / rrrr)                    | 02. Koc świadczenia / przerwy |
|  | Okres   |  | 05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat | 06. Kwota zł, gr              |
| X. DANE DOTYCZĄCE<br>OSOBY UBEZPIECZONEJ   | <b>X. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>   |  |  |                               |
|  | 01. Nazwisko  |  |  |                               |
|  | 02. Imię pierwsze   |  | 03. Typ                                    | 04. Identyfikator             |
| X. DANE DOTYCZĄCE<br>OSOBY UBEZPIECZONEJ   | <b>X. B. RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK I ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ /<br/>WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ</b>    |  |  |                               |
|  | 01. Koc tytułu ubezpieczenia  |  |  |                               |
|  | 03. Od (dd / mm / rrrr)   |  | 04. Do (dd / mm / rrrr)                    | 02. Koc świadczenia / przerwy |
|  | Okres   |  | 05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat | 06. Kwota zł, gr              |
| <b>XI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK</b>   |   |  |  |                               |
| 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                       |                               |
| <b>XII. ADNOTACJE ZUS</b>  |   |  |  |                               |
| *) Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.  |   |  |  |                               |