



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.65-01-17.06

Czas trwania egzaminu: **180 minut**

EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE

Rok 2017

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*,
 - oznaczenie kwalifikacji,
 - numer zadania,
 - numer stanowiska.
3. Sprawdź, czy arkusz egzaminacyjny zawiera 13 stron i nie zawiera błędów. Ewentualny brak stron lub inne usterki zgłoś przez podniesienie ręki przewodniczącemu zespołu nadzorującego.
4. Zapoznaj się z treścią zadania oraz stanowiskiem egzaminacyjnym. Masz na to 10 minut. Czas ten nie jest wliczany do czasu trwania egzaminu.
5. Czas rozpoczęcia i zakończenia pracy zapisze w widocznym miejscu przewodniczący zespołu nadzorującego.
6. Wykonaj samodzielnie zadanie egzaminacyjne. Przestrzegaj zasad bezpieczeństwa i organizacji pracy.
7. Po zakończeniu wykonania zadania pozostaw arkusz egzaminacyjny z rezultatami oraz **KARTĘ OCENY** na swoim stanowisku lub w miejscu wskazanym przez przewodniczącego zespołu nadzorującego.
8. 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

Waldemar Krawczyk prowadzi od 01.04.2017 r. jednoosobową działalność gospodarczą w zakresie świadczenia usług agroturystycznych. Za kwiecień 2017 r. opłacił składki ZUS wyłącznie za siebie. Od 01.05.2017 r. zatrudnił pracownika Daniela Kotowskiego.

Wykonaj prace dla WILLA KARKONOSZE Waldemar Krawczyk:

1. Sporządź i wydrukuj z programu kadrowo-płacowego:
 - *Umowę o pracę* nr 1/2017 dla Daniela Kotowskiego,
 - *Listę płac* za maj 2017 r. dla Daniela Kotowskiego,
 - *Polecenie przelewu* do urzędu skarbowego z tytułu miesięcznej zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych za maj 2017 r. (data sporządzenia 20.06.2017 r.).
2. Wypełnij formularze:
 - *ZUS DRA Deklarację rozliczeniową* za kwiecień 2017 r. dla właściciela Waldemara Krawczyka (data wypełnienia 10.05.2017 r.),
 - *ZUS RCA Imienny raport miesięczny o należnych składkach i wypłaconych świadczeniach* za maj 2017 r. dla pracownika Daniela Kotowskiego (data wypełnienia 14.06.2017 r.),
 - *ZUS RSA Imienny raport miesięczny o wypłaconych świadczeniach i przerwach w opłacaniu składek* za maj 2017 r. dla pracownika Daniela Kotowskiego (data wypełnienia 14.06.2017 r.).

Formularze ZUS do wypełnienia znajdują się w arkuszu egzaminacyjnym.

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

Prace z programem kadrowo-płacowym rozpocznij od wprowadzenia:

- danych identyfikacyjnych WILLA KARKONOSZE Waldemar Krawczyk,
 - swojego numeru PESEL pod nazwą WILLA KARKONOSZE Waldemar Krawczyk,
 - danych właściciela (wspólnika) Waldemara Krawczyka,
 - danych pracownika Daniela Kotowskiego do ewidencji osobowej
- oraz ustawienia parametrów płacowych, podatkowych i ubezpieczeniowych.

**Dane identyfikacyjne – WILLA KARKONOSZE Waldemar Krawczyk
oraz parametry programu kadrowo-płacowego**

Nazwa skrócona		KARKONOSZE
Wybierz wersję programu		Wersja próbna
Nazwa pełna		WILLA KARKONOSZE Waldemar Krawczyk wpisz swój numer PESEL
NIP		6112387438
REGON		000527291
Adres siedziby		ul. Myśliwska 15, 58-540 Karpacz
Gmina/Pocztą		Karpacz
Województwo		dolnośląskie
Rachunek bankowy	nazwa	rachunek bieżący
	numer	23 1090 1926 0000 0005 1410 6219
	bank	BZ WBK SA 1 O. w Jeleniej Górze
	stan początkowy	10 000,00 zł
Urząd skarbowy	symbol	US1
	kod	0207
	nazwa	Urząd Skarbowy w Jeleniej Górze
	adres	ul. Wolności 121, 58-500 Jelenia Góra
	rachunek bankowy dla deklaracji PIT	03 1010 1674 0008 4022 2300 0000 NBP O/Okr. we Wrocławiu
Forma prawna		jednoosobowa działalność gospodarcza
Osoba fizyczna do deklaracji/wspólnik		Waldemar Krawczyk obok imienia wpisz swój numer PESEL
Typ prowadzonej działalności		pozarolnicza działalność gospodarcza
Rodzaj prowadzonej działalności		usługowa
Rok rozpoczęcia pracy		2017
Miesiąc pierwszej wypłaty		maj 2017 r.
Zasiłki wypłacane przez		ZUS
Dzień przekazania składek ZUS		15. dzień następnego miesiąca
Imię i nazwisko szefa		Waldemar Krawczyk/Identyfikator: WK – osoba upoważniona do podpisywania dokumentów

Dane identyfikacyjne właściciela/wspólnika oraz parametry programu kadrowo-płacowego

Imię i nazwisko	Waldemar Krawczyk
Data i miejsce urodzenia	16.11.1965 r., Wrocław
PESEL	65111600110
NIP	6112387438
Adres zamieszkania	ul. Myśliwska 15, 58-540 Karpacz
Gmina/Pocztą	Karpacz
Województwo	dolnośląskie
Udział w firmie	100%
Urząd skarbowy	Urząd Skarbowy w Jeleniej Górze
Rachunek bankowy	23 1090 1926 0000 0005 1410 6219 BZ WBK SA 1 O. w Jeleniej Górze
Naliczanie składek na ubezpieczenia	Prowadzona działalność gospodarcza jest jedynym tytułem do ubezpieczeń. Przedsiębiorca jest zgłoszony do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego.
Sposób rozliczania PIT	podatek progresywny zaliczka wpłacana miesięcznie
Typ i numer identyfikatora ZUS	P-PESEL
Kod tytułu ubezpieczenia	05 10 0 0
Oddział NFZ	01R dolnośląski
Data przystąpienia do NFZ	01.04.2017 r.

Dane pracownika potrzebne do sporządzenia ewidencji osobowej, umowy o pracę, listy płac oraz dokumentów rozliczeniowych do ZUS

Imię i nazwisko	Daniel Kotowski
PESEL	88121800732
Data i miejsce urodzenia	18.12.1988 r., Zgorzelec
Stan cywilny	żonaty
Imię ojca	Ryszard
Imię i nazwisko rodowe matki	Felicja Orłowska
Adres zameldowania/zamieszkania	ul. Gimnazjalna 7, 58-540 Karpacz
Gmina/Pocztą	Karpacz
Województwo	dolnośląskie
Filar ZUS	I i II filar
Urząd skarbowy	Urząd Skarbowy w Jeleniej Górze
Oddział NFZ	01R dolnośląski
Data przystąpienia do NFZ	01.05.2017 r.
Zestaw płacowy	administracja
Data zawarcia umowy	28.04.2017 r.
Dzień rozpoczęcia pracy	01.05.2017 r.
Rodzaj umowy	umowa na czas określony od 01.05.2017 r. – 31.08.2017 r.
Dział	Administracja
Stanowisko	repcjonista
Czas pracy	1/1 (pełen etat)
Składniki wynagrodzenia	podstawa miesięczna 2 700,00 zł
Kod tytułu ubezpieczenia	01 10 0 0
Naliczane składki ZUS	emerytalne, rentowe, chorobowe, wypadkowe, zdrowotne, FP, FGŚP
Miesięczne koszty uzyskania przychodu	111,25 zł
Uprawnienie do ulgi podatkowej	pracownik złożył pracodawcy oświadczenie PIT-2
Ewidencja czasu pracy	<ul style="list-style-type: none"> – pracownik złożył wniosek o udzielenie mu urlopu ojcowskiego – kod świadczenia/przerwy 327, zasiłek macierzyński z ubezpieczenia chorobowego za okres urlopu ojcowskiego – pracodawca nie jest płatnikiem zasiłków
Data sporządzenia listy płac	31.05.2017 r.

Daniel Kotowski
ul. Gimnazjalna 7
58-540 Karpacz

Karpacz, 08 maja 2017 r.
(miejscowość i data)

Waldemar Krawczyk
WILLA KARKONOSZE
ul. Myśliwska 15, 58-540 Karpacz

Wniosek o udzielenie urlopu ojcowskiego

Jako ojciec/prawny opiekun* dziecka(i) na podstawie art. 182³ k.p. wnoszę o udzielenie mi urlopu ojcowskiego na: **Konrada Kotowskiego, urodzonego 20 listopada 2016 r.**

(imię i nazwisko, data urodzenia dziecka(i))

w wymiarze 1 tygodni(a), w okresie od **dnia 15 maja 2017 r. do dnia 21 maja 2017 r.**

Jednocześnie oświadczam, że nie korzystałem z urlopu ojcowskiego w celu sprawowania osobistej opieki nad wyżej wymienionym dzieckiem oraz nie pobierałem zasiłku macierzyńskiego z innego tytułu.

Daniel Kotowski

(podpis pracownika)

Załącznik:

1) odpis skróconego aktu urodzenia dziecka

* niewłaściwe skreślić

Składki na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, FP, FGŚP w 2017 r.

Rodzaj składki		emerytalna	rentowa	chorobowa	wypadkowa	zdrowotna	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 2017 r.

Podstawa wymiaru składek na			Składki ZUS za styczeń – grudzień 2017 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			749,94 zł		812,61 zł		297,28 zł	62,67 zł
01-12.2017 r.			Ubezpieczenia społeczne				Ubezpieczenie zdrowotne	Fundusz Pracy
			Emerytalne	Rentowe	Chorobowe	Wypadkowe*		
2557,80 zł	3303,13 zł	2557,80 zł	499,28 zł	204,62	62,67 zł	46,04 zł	297,28 zł	62,67 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.

Ocenie będzie podlegać 6 rezultatów:

- *Umowa o pracę* nr 1/2017 dla Daniela Kotowskiego – wydruk,
- *Lista płac* za maj 2017 r. dla Daniela Kotowskiego – wydruk (wydruk listy płac rozbudowany/szczegółowy),
- *Polecenie przelewu* do urzędu skarbowego z tytułu miesięcznej zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych za maj 2017 r. – wydruk,
- *ZUS DRA Deklaracja rozliczeniowa* za kwiecień 2017 r. dla właściciela Waldemara Krawczyka,
- *ZUS RCA Imienny raport miesięczny o należnych składkach i wypłaconych świadczeniach* za maj 2017 r. dla pracownika Daniela Kotowskiego,
- *ZUS RSA Imienny raport miesięczny o wypłaconych świadczeniach i przerwach w opłacaniu składek* za maj 2017 r. dla pracownika Daniela Kotowskiego.

Formularz ZUS DRA do wypełnienia

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DROKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH		ZUS DRA		strona: 1	DEKLARACJA ROZLICZENIOWA	
I. DANE ORGANIZACYJNE		02. Identyfikator deklaracji (numer / mm / mm)		05. Znak i numer decyzji pokontrolnej		
01. Termin przysyłania deklaracji i raportów						
03. Data nadania (dd / mm / rrr)		04. Nalepka „R”				
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 / rrr)		
III. INNE INFORMACJE						
01. Liczba ubezpieczonych		02. Wniosek pracodawcy o dofinansowanie składek za osoby niepełnosprawne ze środków PFRON i budżetu państwa ²⁾		03. Stopa procentowa składek na ubezpieczenie wypadkowe		
				%		
IV. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE ORAZ ŹRÓDEŁ FINANSOWANIA						
SUMY SKŁADEK	01. Kwota składek na ubezpieczenie emerytalne		02. Kwota składek na ubezpieczenia rentowe		03. (p. 01 + p. 02)	
	zł gr		zł gr		zł gr	
	04. ubezpieczonych		05. ubezpieczonych		06. (p. 04 + p. 05)	
	zł gr		zł gr		zł gr	
	07. płatnika		08. płatnika		09. (p. 07 + p. 08)	
	zł gr		zł gr		zł gr	
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:	10. budżet państwa		11. budżet państwa		12. (p. 10 + p. 11)	
	zł gr		zł gr		zł gr	
	13. PFRON ³⁾		14. PFRON ³⁾		15. (p. 13 + p. 14)	
	zł gr		zł gr		zł gr	
	16. Fundusz Kościelny		17. Fundusz Kościelny		18. (p. 16 + p. 17)	
	zł gr		zł gr		zł gr	
SUMY SKŁADEK	19. Kwota składek na ubezpieczenie chorobowe		20. Kwota składek na ubezpieczenie wypadkowe		21. (p. 19 + p. 20)	
	zł gr		zł gr		zł gr	
	22. ubezpieczonych		23. ubezpieczonych		24. (p. 22 + p. 23)	
	zł gr		zł gr		zł gr	
	25. płatnika		26. płatnika		27. (p. 25 + p. 26)	
	zł gr		zł gr		zł gr	
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:	28. budżet państwa		29. budżet państwa		30. (p. 28 + p. 29)	
	zł gr		zł gr		zł gr	
	31. PFRON ³⁾		32. PFRON ³⁾		33. (p. 31 + p. 32)	
	zł gr		zł gr		zł gr	
	34. Fundusz Kościelny		35. Fundusz Kościelny		36. (p. 34 + p. 35)	
	zł gr		zł gr		zł gr	
37. Kwota składek na ubezpieczenia społeczne, która powinna być przekazana płatnikowi (p. 06 + p. 09 + p. 24 + p. 27)						
zł gr						
V. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ PODLEGAJĄCYCH ROZLICZENIU W CIĘŻAR SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE						
01. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego		zł gr		03. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego		zł gr
02. Kwota wynagrodzenia należnego płatnikowi od wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego		zł gr		04. Kwota wypłaconych świadczeń finansowanych z budżetu państwa / FUS ³⁾		zł gr
05. Łączna kwota do potrącenia (p. 01 + p. 02 + p. 03 + p. 04)				zł gr		
VI. ROZLICZENIE CZĘŚCI IV I V						
01. Kwota do zwrotu przez ZUS: (p. V.05 – p. IV.37)		zł gr		02. Kwota do zapłaty przez płatnika: (p. IV.37 – p. V.05)		zł gr

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS	DRA	strona: 2	DEKLARACJA ROZLICZENIOWA
--------------------------------	-----	-----	-----------	--------------------------

VII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kwota należnych składek finansowana przez płatnika ⁴⁾	zł	gr	05. Kwota należnych składek do przekazania przez płatnika (p. 01 + p. 02)	zł	gr
02. Kwota należnych składek finansowanych przez ubezpieczonych	zł	gr	06. Kwota należnego wynagrodzenia dla płatnika ⁵⁾	zł	gr
03. Kwota należnych składek finansowana przez Fundusz Kościelny	zł	gr	07. Kwota do zapłaty (p. 05 – p. 06)	zł	gr
04. Kwota należnych składek finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS	zł	gr			

VIII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FP I FGŚP

01. Kwota należnych składek na Fundusz Pracy	zł	gr	
02. Kwota należnych składek na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych	zł	gr	
03. Kwota do zapłaty (p. 01 + p. 02)			zł gr

IX. ZEBTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FUNDUSZ EMERYTUR POMOSTOWYCH

01. Liczba pracowników, za których jest opłacana składka na Fundusz Emerytur Pomostowych	<input type="text"/>	03. Suma należnych składek na Fundusz Emerytur Pomostowych	<input type="text"/> zł <input type="text"/> gr
02. Liczba stanowisk pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze	<input type="text"/>		

X. DEKLARACJA DOCHODU (wypełniają osoby, które opłacały składki wyłącznie za siebie)

01. Kod tytułu ubezpieczenia		
02. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe		06. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe
03. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe		
04. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie wypadkowe		
05. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne		

XI. 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. Pieczęć płatnika
--	----------------------

Pouczenie: W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwot z poz. VI.02, poz. VII.07, poz. VIII.03, poz. IX.03 lub wpłacenia ich w niepełnej wysokości, niniejsza deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz. U. z 2014 r. poz. 1619, z późn. zm.).

XII. 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 korekty za okres do grudnia 2007 r. może zostać wykazana kwota, nie wyższa od kwoty dofinansowania uwzględnionego w deklaracji za ten okres, złożonej nie później niż 30 czerwca 2008 r.

2) W polu należy wykazać wypłacaną za okres od stycznia 2016 r. kwotę podwyższenia zasiłku macierzyńskiego do wysokości kwoty świadczenia rodzicielskiego finansowanego z funduszu chorobowego. W polu można także uwzględnić świadczenia finansowane z budżetu państwa należne za okres do dnia 31 sierpnia 2008 r. w przypadku konieczności złożenia za ten okres korekty dokumentów.

⁴⁾ W polu tym należy także wykazać kwotę składki finansowanych z budżetu państwa, jeżeli dotacje otrzymuje płatnik.

⁶⁾ Za okres od dnia 1 kwietnia 2003 r. płatnik składek nie ma prawa do wynagrodzenia za rozliczenie składek na ubezpieczenie zdrowotne.

Formularz ZUS RCA do wypełnienia

PLATNIK WYPEŁNIA 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 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)

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	CHOROBOWE	WYPADKOWE
01. 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

02. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika³⁾

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 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

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
04. Podstawa wymiaru składek	05.		06.
SKŁADKA FINANSOWANA PRZEZ:			
ubezpieczonego	07.	08.	09.
płatnika	11.	12.	13.
budżet państwa	15.	16.	17.
PFRON ²⁾	19.	20.	21.
Fundusz Kościelny	23.	24.	25.
26.			
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	03. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS
02. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika ³⁾	04. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny

IV 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)

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

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 POI A W WYZNACZONYCH KRATKACH I KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOŁOREM.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SKŁADKOWYCH		ZUS RSA		strona: 1	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH I PRZERWACH W OPŁACANIU SKŁADEK	
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				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. 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. Kwota		
03. Od (dd / mm / rrr)		04. Do (dd / mm / rrr)		05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat		
Okres		-		zł, gr		
IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ						
01. Nazwisko						
02. Imię pierwsze				03. Typ 04. Identyfikator		
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. Kwota		
03. Od (dd / mm / rrr)		04. Do (dd / mm / rrr)		05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat		
Okres		-		zł, gr		
V. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ						
01. Nazwisko						
02. Imię pierwsze				03. Typ 04. Identyfikator		
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. Kwota		
03. Od (dd / mm / rrr)		04. Do (dd / mm / rrr)		05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat		
Okres		-		zł, gr		
VI. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ						
01. Nazwisko						
02. Imię pierwsze				03. Typ 04. Identyfikator		
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. Kwota		
03. Od (dd / mm / rrr)		04. Do (dd / mm / rrr)		05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat		
Okres		-		zł, gr		

PIĄTN K WYPEŁNIA POŁA W WYZNACZONYCH KRATKACH I KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE
DUŻYM 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. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ	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						
03. Od (dd / mm / rr)		04. Do (dd / mm / rr)		02. Kod świadczenia / przerwy		
Okres				05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat		
				06. Kwota zł gr		
VIII. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ	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						
03. Od (dd / mm / rr)		04. Do (dd / mm / rr)		02. Kod świadczenia / przerwy		
Okres				05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat		
				06. Kwota zł gr		
IX. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ	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						
03. Od (dd / mm / rr)		04. Do (dd / mm / rr)		02. Kod świadczenia / przerwy		
Okres				05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat		
				06. Kwota zł gr		
X. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ	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						
03. Od (dd / mm / rr)		04. Do (dd / mm / rr)		02. Kod świadczenia / przerwy		
Okres				05. Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat		
				06. Kwota zł gr		
XI. OŚWIADCZENIE PIĄTNIA SKŁADEK						
01. Data wypełnienia (dd / mm / rr)						
<p>Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.</p>						
02. Podpis piątnika lub osoby upoważnionej			03. Pieczęć piątnika			
<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>						
XII. ADNOTACJE ZUS						
<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>						

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

Wypełnia zdający

Do arkusza egzaminacyjnego dołączam wydruki w liczbie kartek.

Wypełnia Przewodniczący ZN

Potwierdzam dołączenie przez zdającego do arkusza egzaminacyjnego wydruków w liczbie kartek.

.....
Czytelny podpis Przewodniczącego ZN