

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

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL¹⁾

04. Rodzaj dokumentu:
je li dowód osobisty, wpisać 1,
je li 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 I UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia

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

03. Wymiar czasu pracy

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBY I WYPADKOWE	ZDROWOTNE
PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	04.		05.	06.
KWOTA SKŁADKI FINANSOWANA PRZEZ:	07. Ubezpieczonego	08. Ubezpieczonego	09. Ubezpieczenie chorobowe	10. Ubezpieczenie zdrowotne
	11. Płatnika	12. Płatnika	13. Ubezpieczenie wypadkowe	
14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego			15. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13)	

III. C. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA²⁾

01. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego

02. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego

03. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego

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

IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ 04. Identyfikator

IV. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE I UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia

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

03. Wymiar czasu pracy

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBY I WYPADKOWE	ZDROWOTNE
PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	04.		05.	06.
KWOTA SKŁADKI FINANSOWANA PRZEZ:	07. Ubezpieczonego	08. Ubezpieczonego	09. Ubezpieczenie chorobowe	10. Ubezpieczenie zdrowotne
	11. Płatnika	12. Płatnika	13. Ubezpieczenie wypadkowe	
14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego			15. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13)	

IV. C. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA²⁾

01. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego

02. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego

03. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego

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

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

IV. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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	CHOROBY I WYPADKOWE	ZDROWOTNE
04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	_____ zł, _____ gr	_____ zł, _____ gr	05. _____ zł, _____ gr	06. _____ zł, _____ gr
KWOTA SKŁADKI FINANSOWANA PRZEZ:	07. Ubezpieczonego _____ zł, _____ gr	08. Ubezpieczonego _____ zł, _____ gr	09. Ubezpieczenie chorobowe _____ zł, _____ gr	10. Ubezpieczenie zdrowotne _____ zł, _____ gr
	11. Płatnika _____ zł, _____ gr	12. Płatnika _____ zł, _____ gr		
14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek 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 PAŃSTWA²⁾

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 zasiłku (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	CHOROBY I WYPADKOWE	ZDROWOTNE
04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	_____ zł, _____ gr	_____ zł, _____ gr	05. _____ zł, _____ gr	06. _____ zł, _____ gr
KWOTA SKŁADKI FINANSOWANA PRZEZ:	07. Ubezpieczonego _____ zł, _____ gr	08. Ubezpieczonego _____ zł, _____ gr	09. Ubezpieczenie chorobowe _____ zł, _____ gr	10. Ubezpieczenie zdrowotne _____ zł, _____ gr
	11. Płatnika _____ zł, _____ gr	12. Płatnika _____ zł, _____ gr		
14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek 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 PAŃSTWA²⁾

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 zasiłku (p.01 + p.02 + p.03) _____ zł, _____ gr

VII. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr) _____

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem wiadomy(-ma) odpowiedzialno ci karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej	03. Pieczęć płatnika
--	----------------------

VIII. ADNOTACJE ZUS

1) Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.
2) Blok ten należy wypełnić tylko w przypadku składania korekt dokumentów, w których płatnik składek wykazał świadczenia finansowane z budżetu państwa należne za okres do dnia 31 sierpnia 2006 r.