ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH | strona: 1

INFORMACJA MIESIĘCZNA DLA OSOBY UBEZPIECZONEJ

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP

02. Numer REGON

03. Numer PESEL [1)]

04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwisko

07. Imię pierwsze

08. Nazwa skrócona

09. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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. Kod NFZ

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

04. Wymiar czasu /

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBOWE	WYPADKOWE
PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	05. zł,gr	06. zł,gr	07. zł,gr	
SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:				
ubezpieczonych	08. zł,gr	09. zł,gr	10. zł,gr	11. zł,gr
płatnika składek	12. zł,gr	13. zł,gr	14. zł,gr	15. zł,gr
budżet państwa	16. zł,gr	17. zł,gr	18. zł,gr	19. zł,gr
PFRON [2)]	20. zł,gr	21. zł,gr	22. zł,gr	23. zł,gr
Fundusz Kościelny	24. zł,gr	25. zł,gr	26. zł,gr	27. zł,gr

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

29. Kwota wpłaty w ramach pracowniczego planu kapitałowego finansowana przez płatnika składek zł,gr

30. Łączna kwota składek (suma od p. 08 do p. 27) zł,gr

III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Podstawa wymiaru składki zł,gr

02. Kwota należnej składki finansowanej przez płatnika składek [3)] zł,gr

03. Kwota należnej składki finansowanej przez ubezpieczonego zł,gr

04. Kwota należnej składki finansowanej z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS zł,gr

05. Kwota należnej składki finansowanej przez Fundusz Kościelny zł,gr

III. D. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ I WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ ORAZ RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK

01. Kod świadczenia / przerwy

02. Okres od-do (dd/mm/rrrr) —

03. Liczba dni zasiłkowych / wypłat

04. Kwota zł,gr

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

III. E. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, ALE NALEŻNEGO ZA INNY ROK KALENDARZOWY, KTÓRY STANOWIŁ PODSTAWĘ WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE

01. Przychód za rok | 02. Kwota zł , gr
03. Przychód za rok | 04. Kwota zł , gr
05. Przychód za rok | 06. Kwota zł , gr

III. F. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, ALE NALEŻNEGO ZA INNY ROK KALENDARZOWY, KTÓRY STANOWIŁ PODSTAWĘ WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE WYPADKOWE

01. Przychód za rok | 02. Kwota zł , gr
03. Przychód za rok | 04. Kwota zł , gr
05. Przychód za rok | 06. Kwota zł , gr

III. G. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, OBOK WYNAGRODZENIA ZA CZAS NIEZDOLNOŚCI DO PRACY, ZASIŁKU CHOROBOWEGO, MACIERZYŃSKIEGO, OPIEKUŃCZEGO, ŚWIADCZENIA REHABILITACYJNEGO, KTÓRY W OKRESIE POBIERANIA TEGO WYNAGRODZENIA LUB ZASIŁKU NIE STANOWIŁ PODSTAWY WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE

01. Kwota zł , gr

III. H. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, OBOK WYNAGRODZENIA ZA CZAS NIEZDOLNOŚCI DO PRACY, ZASIŁKU CHOROBOWEGO, MACIERZYŃSKIEGO, OPIEKUŃCZEGO, ŚWIADCZENIA REHABILITACYJNEGO, KTÓRY W OKRESIE POBIERANIA TEGO WYNAGRODZENIA LUB ZASIŁKU NIE STANOWIŁ PODSTAWY WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE I KTÓRY JEST NALEŻNY ZA INNY ROK KALENDARZOWY

01. Przychód za rok | 02. Kwota zł , gr
03. Przychód za rok | 04. Kwota zł , gr
05. Przychód za rok | 06. Kwota zł , gr

III. I. OKRESY WYKONYWANIA PRACY NAUCZYCIELSKIEJ [4)]

01. Okres od (dd / mm / rrrr) - 02. Okres do (dd / mm / rrrr) | 03. Wymiar zajęć /
04. Okres od (dd / mm / rrrr) - 05. Okres do (dd / mm / rrrr) | 06. Wymiar zajęć /

IV. 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 składek lub osoby przez niego upoważnionej oraz pieczątka adresowa płatnika składek

[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 w dniu 30 czerwca 2008 r.
[3)] W tym polu należy także wykazać kwotę składki finansowaną z budżetu państwa, jeśli dotację otrzymuje płatnik składek.
[4)] Okres wykonywania pracy nauczycielskiej w placówkach, o których mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 22 maja 2009 r. o nauczycielskich świadczeniach kompensacyjnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 128).