ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH | ZUS RMUA | strona: 1

RAPORT MIESIĘCZNY DLA OSOBY UBEZPIECZONEJ

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. NIP
02. REGON
03. PESEL
INNY NUMER
04. Rodzaj dokumentu
05. Seria i numer dokumentu
06. Nazwisko
07. Imię pierwsze
08. Nazwa skrócona
09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko
02. Imię pierwsze
INNY NUMER
03. Typ identyfikatora
04. Identyfikator

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

01. Tytuł ubezpieczenia (pierwszy)

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

03. Wymiar czasu pracy /

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBOWE I WYPADKOWE	ZDROWOTNE
PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	04. zł, gr		05. zł, gr	06. zł, gr
KWOTA SKŁADKI FINANSOWANA PRZEZ:	07. Ubezpieczonego zł, gr	08. Ubezpieczonego zł, gr	KWOTA SKŁADKI NA: 09. Ubezpieczenie chorobowe zł, gr	KWOTA SKŁADKI NA: 10. Ubezpieczenie zdrowotne zł, gr
	11. Płatnika zł, gr	12. Płatnika zł, gr	13. Ubezpieczenie wypadkowe zł, gr	

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

15.Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13) zł, gr

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

01. Tytuł ubezpieczenia (drugi)

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

03. Wymiar czasu pracy /

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBOWE I WYPADKOWE	ZDROWOTNE
PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	04. zł, gr		05. zł, gr	06. zł, gr
KWOTA SKŁADKI FINANSOWANA PRZEZ:	07. Ubezpieczonego zł, gr	08. Ubezpieczonego zł, gr	KWOTA SKŁADKI NA: 09. Ubezpieczenie chorobowe zł, gr	KWOTA SKŁADKI NA: 10. Ubezpieczenie zdrowotne zł, gr
	11. Płatnika zł, gr	12. Płatnika zł, gr	13. Ubezpieczenie wypadkowe zł, gr	

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

15.Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13) zł, gr

V. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA

01. Liczba osób, na które wypłacany jest zasiłek rodzinny
02. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego zł, gr
03. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego zł, gr
04. Liczba osób, na które wypłacany jest zasiłek pielęgnacyjny
05. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego zł, gr
06. Łączna kwota wypłaconych zasiłków (p.02 + p.03 + p.05) zł, gr

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

01. Rodzaj świadczenia / przerwy	Okres od - do (dd / mm)		Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat	Kod choroby	Kwota
	02.	03.	04.	05. /	06. zł, gr

01. Nazwisko
02. Imię pierwsze
INNY NUMER
03. Typ identyfikatora
04. Identyfikator

wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH | ZUS RMUA | strona: 2

RAPORT MIESIĘCZNY DLA OSOBY UBEZPIECZONEJ

VI. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ I WYNAGRODZEŃ ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ ORAZ RODZAJE I OKRESY PRZERW W OPŁACANIU SKŁADEK c.d.

Rodzaj świadczenia / przerwy	Okres od - do (dd / mm)		Liczba dni zasiłkowych / liczba wypłat	Kod choroby		Kwota
07.	08.	09.	10.	11.	/	12. zł, gr
13.	14.	15.	16.	17.	/	18. zł, gr
19.	20.	21.	22.	23.	/	24. zł, gr
25.	26.	27.	28.	29.	/	30. zł, gr
31.	32.	33.	34.	35.	/	36. zł, gr
37.	38.	39.	40.	41.	/	42. zł, gr

VII. ZESTAWIENIE DANYCH O OKRESACH PRACY GÓRNICZEJ

01. **Rodzaj okresu pracy górniczej** | **Okres od - do (dd / mm)** 02. 03.

04. | 05. 06.

13. Rodzaj drużyny ratowniczej

Okres od - do (dd / mm) 14. 15.

07. **Rodzaj urlopu / nieobecności usprawiedliwionej** | **Okres od - do (dd / mm)** 08. 09. | **Liczba dniówek / zjazdów** 16. | **Rodzaj dniówek / zjazdów** 17.

10. | 11. 12. | 18. | 19.

20. Liczba dni roboczych w miesiącu

21. Liczba dni przepracowanych

VIII. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH SKŁADNIKÓW WYNAGRODZENIA

01. Liczba dni przepracowanych

02. Liczba dni wynikających z obowiązku pracy

03. Rodzaj składnika wynagrodzenia	Okres od (dd / mm / rrrr)	Okres do (dd / mm / rrrr)	Kwota składnika wynagrodzenia
	04.	05.	06. zł, gr
07.	08.	09.	10. zł, gr
11.	12.	13.	14. zł, gr
15.	16.	17.	18. zł, gr
19.	20.	21.	22. zł, gr
23.	24.	25.	26. zł, gr
27.	28.	29.	30. zł, gr
31.	32.	33.	34. zł, gr

35. Suma kwot (p.06 + p.10 + p.14 + + p.18 + p.22 + p.26 + p.30 + p.34) zł, gr

IX. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

02. Podpis płatnika składek lub osoby przez niego upoważnionej oraz pieczątka adresowa płatnika

---

01. Okres, którego raport dotyczy (mm / rrrr)

02. Kod kasy chorych

03. Nazwa kasy chorych

04. Podpis płatnika składek lub osoby przez niego upoważnionej oraz pieczątka adresowa płatnika

wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór