

Dokumenty drukowane w trybie Roboczym nie będą przyjmowane przez ZUS.

Dokumenty drukowane w trybie Roboczym nie będą przyjmowane przez ZUS.

Dokumenty drukowane w trybie Roboczym nie będą przyjmowane przez ZUS.

Dokumenty drukowane w trybie Roboczym nie będą przyjmowane przez ZUS.

ZUS P DRA

10.02.002

DEKLARACJA ROZLICZENIOWA

05. ZNAK I NUMER DEC. POKONTR.

I. DANE ORG. 01. TER.PRZYS.DEK I RAP. 6

02. ID DEKLARACJI 01 07.2024

03.								
-----	--	--	--	--	--	--	--	--

04.															
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

POLA: 03. - DATA NADANIA (WYPEŁNIA ZUS) 04. - NALEPKA R (WYPEŁNIA ZUS)

01. NUMER NIP 02. NUMER REGON 03. NUMER PESEL 04. RODZAJ DOKUMENTU

05. SERIA I NUMER DOKUMENTU 06. NAZWA SKRÓCONA

07. NAZWISKO 08. IMIĘ PIERW.

09. DATA URODZENIA

III. INNE INFORMACJE

01. LICZBA UBEZPIECZONYCH 1 02. WNIOSEK O DOFIN. SKŁ. ZA OS. NIEPEŁNOSPRAWNE Z PFRON I B.P. 03. STOPA % SKŁ. NA UBEZP. WYPADKOWE 1,67

IV. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE ORAZ ŹRÓDEŁ FINANSOWANIA

	A. KWOTA SKŁADEK NA UBEZP. EMERYT.	B. KWOTA SKŁADEK NA UBEZP. RENTOWE	C. SUMA KWOT SKŁ. NA UBEZP. EMERYT. I RENTOWE	D. KWOTA SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE CHOROBY	E. KWOTA SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE WYPADKOWE	F. SUMA KWOT SKŁ. NA UBEZP. CHOROBY I WYPADKOWE
01. SUMY SKŁADEK SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:	839,36	344,00	1183,36	0,00	71,81	71,81
02. UBEZPIECZONYCH	167,87	68,80	236,67	0,00	14,36	14,36
03. PŁATNIKA SKŁADEK	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
04. BUDŻET PAŃSTWA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
05. PFRON	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
06. FUNDUSZ KOŚCIELNY	671,49	275,20	946,69	0,00	57,45	57,45
07. KWOTA SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE, KTÓRE POWINIEN PRZEKAZAĆ PŁATNIK SKŁADEK						251,03

V. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ PODLEGAJĄCYCH ROZLICZENIU W CIĘŻAR SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

01. KWOTA WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA CHOROBY	03. KWOTA WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA WYPADKOWEGO	04. KWOTA WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z FUS	05. ŁĄCZNA KWOTA DO POTRĄCENIA 0,00
02. KWOTA WYNAGRODZENIA NALEŻNEGO PŁATNIKOWI SKŁADEK OD WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA CHOROBY	0,00		

VI. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. KWOTA NALEŻNYCH SKŁADEK FINANSOWANA PRZEZ PŁATNIKA SKŁADEK 0,00	02. KWOTA NALEŻNYCH SKŁADEK FINANSOWANA PRZEZ UBEZPIECZONYCH 387,00	03. KWOTA NALEŻNYCH SKŁADEK FINANSOWANA PRZEZ FUNDUSZ KOŚCIELNY 0,00
04. KWOTA NALEŻNYCH SKŁADEK FINANSOWANA Z BUDŻETU PAŃSTWA 0,00	05. KWOTA NALEŻNYCH SKŁ DO PRZEKAZANIA PRZEZ PŁATNIKA SKŁADEK 387,00	06. KWOTA NALEŻNEGO WYNAGR. DLA PŁATNIKA SKŁADEK 0,00
		07. KWOTA DO ZAPŁATY 387,00

VII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FP I FS ORAZ FGŚP

01. KWOTA NALEŻNYCH SKŁADEK NA FUNDUSZ PRACY I FUNDUSZ SOLIDARNOŚCIOWY	02. KWOTA NALEŻNYCH SKŁADEK NA FGŚP	03. KWOTA DO ZAPŁATY 0,00
--	-------------------------------------	---------------------------

VIII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FUNDUSZ EMERYTUR POMOSTOWYCH

01. LICZBA PRACOWNIKÓW, ZA KTÓRYCH JEST OPŁACANA SKŁADKA NA FEP	02. LICZBA STANOWISK PRACY W SZCZEG. WARUNKACH LUB O SZCZEG. CHARAKTERZE	03. SUMA NALEŻNYCH SKŁADEK NA FEP
---	--	-----------------------------------

IX. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK DO ZWROTU/ ZAPŁATY (p.IV.37 + p.VI.07 + p.VII.03 + p.VIII.03 - p.V.05)

01. KWOTA DO ZWROTU PRZEZ ZUS 0,00	02. KWOTA DO ZAPŁATY 638,03
------------------------------------	-----------------------------

X. DEKLARACJA DOCHODU (DOTYCZY OSÓB, KTÓRE OPŁACAJĄ SKŁADKI WYŁĄCZNIE ZA SIEBIE)

01. KOD TYTUŁU UBEZPIECZENIA 10 10 0 0	02. PODSTAWA WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE 4300,00	03. PODSTAWA WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE CHOROBY 0,00
04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE WYPADKOWE 4300,00	05. PODSTAWA WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE 4300,00	06. INFORMACJA O PRZEKROCZENIU ROCZNEJ PODSTAWY WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYT. I RENT.

XIII. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. DATA WYPEŁNIENIA 02.07.2024

OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU SĄ ZGODNE ZE STANEM PRAWNYM I FAKTYCZNYM. JESTEM ŚWIADOMY(-MA) ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.
 PODPIS PŁATNIKA SKŁADEK LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ ORAZ PIECZĄTKĘ, PŁATNIKA SKŁADEK POTWIERDZAJĄCE DANE ZAWARTE W DOKUMENCIE UMIEŚĆ OBOK DATY WYPEŁNIENIA.