

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator formularza (numer / rrrr)

02. Kod terytorialny jednostki terenowej ZUS

03. Data nadania (dd / mm / rrrr)

04. Nalepka "R"

05. Data wpływu (dd / mm / rrrr)

06. Pole do wypełnienia przez ZUS

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. NIP (wpisać bez kresek)

02. REGON

03. PESEL

INNY NUMER

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

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

III. ADRES SIEDZIBY PŁATNIKA SKŁADEK

01. Kod pocztowy

02. Miejscowość

03. Ulica

04. Numer domu

05. Numer lokalu

06. Gmina

07. Numer telefonu

08. Numer faksu

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

IV. A. ŚWIADCZENIA FINANSOWANE Z UBEZPIECZENIA CHOROBOWEGO

01. Kwota zasiłków chorobowych wypłaconych z ubezpieczenia chorobowego	<input type="text"/>	02. Liczba dni zasiłkowych	<input type="text"/>
03. Kwota świadczeń rehabilitacyjnych wypłaconych z ubezpieczenia chorobowego	<input type="text"/>	04. Liczba wypłaconych świadczeń rehabilitacyjnych	<input type="text"/>
05. Kwota zasiłków opiekuńczych wypłaconych z ubezpieczenia chorobowego	<input type="text"/>	06. Liczba dni zasiłkowych	<input type="text"/>
07. Kwota zasiłków macierzyńskich wypłaconych z ubezpieczenia chorobowego	<input type="text"/>	08. Liczba dni zasiłkowych	<input type="text"/>
09. Kwota zasiłków porodowych wypłaconych z ubezpieczenia chorobowego	<input type="text"/>	10. Liczba wypłaconych zasiłków	<input type="text"/>
11. Kwota zasiłków wyrównawczych wypłaconych z ubezpieczenia chorobowego	<input type="text"/>	12. Liczba dni zasiłkowych	<input type="text"/>
13. Łączna kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego (p.01+p.03+p.05+p.07+p.09+p.11)	<input type="text"/>	14. Kwota wynagrodzenia należnego płatnikowi od wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego	<input type="text"/>

IV. B. ŚWIADCZENIA FINANSOWANE Z UBEZPIECZENIA WYPADKOWEGO

15. Kwota zasiłków chorobowych wypłaconych z ubezpieczenia wypadkowego	<input type="text"/>	16. Liczba dni zasiłkowych	<input type="text"/>
17. Kwota świadczeń rehabilitacyjnych wypłaconych z ubezpieczenia wypadkowego	<input type="text"/>	18. Liczba wypłaconych świadczeń rehabilitacyjnych	<input type="text"/>
19. Łączna kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego (p.15+p.17)	<input type="text"/>		

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

IV. C. ŚWIADCZENIA FINANSOWANE Z BUDŻETU PAŃSTWA

20. Kwota wypłaconych
zasiłków rodzinnych

zł zł zł zł zł zł zł zł zł zł gr gr

21. Liczba wypłat

□ □

22. Liczba wypłaconych
zasiłków rodzinnych

□ □

23. Kwota wypłaconych
zasiłków pielęgnacyjnych

zł zł zł zł zł zł zł zł zł zł zł gr gr

24. Liczba wypłaconych
zasiłków pielęgnacyjnych

□ □

25. Kwota wypłaconych
zasiłków wychowawczych

zł zł zł zł zł zł zł zł zł zł zł gr gr

26. Liczba wypłaconych
zasiłków wychowawczych

□ □

27. Kwota wypłaconych
jednorazowych dodatków
rodzinnych na trzecie
i kolejne dziecko

zł zł zł zł zł zł zł zł zł zł zł gr gr

28. Liczba wypłat

□ □

29. Liczba wypłaconych jednorazowych
dodatków rodzinnych na trzecie i kolejne
dziecko

□ □

30. Łączna kwota
wypłaconych świadczeń
finansowanych z budżetu państwa
(p.20+p.23+p.25+p.27)

zł zł zł zł zł zł zł zł zł zł zł gr gr

31. Łączna kwota świadczeń podlegających rozliczeniu
w ciężar składek na ubezpieczenia społeczne
(IV.A.p.13 + IV.A.p.14 + IV.B.p.19 + IV.C.p.30)

zł zł zł zł zł zł zł zł zł zł zł zł zł zł zł gr gr

V. WYNAGRODZENIE ZA CZAS NIEZDOLNOŚCI DO PRACY WYPŁACONE ZE ŚRODKÓW PRACODAWCY I FGŚP

01. Kwota wynagrodzenia za czas
niezdolności do pracy

zł zł zł zł zł zł zł zł zł zł zł gr gr

02. Liczba dni
niezdolności do pracy

□ □

VI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

□ □

Będąc świadomy, że podanie nieprawdziwych danych podlega odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 219 Kodeksu karnego (Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553 i Nr 128, poz. 840) oraz art. 98 ustawy z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. Nr 137, poz. 887 z późn. zm.), oświadczam, że dane zawarte w tym dokumencie są zgodne ze stanem faktycznym, co potwierdzam podpisem.

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

VII. ADNOTACJE ZUS