

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS RCA	strona 2	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH I WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH
--------------------------------	----------------	-----------------	--

V. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

V. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko _____

02. Imię pierwsze _____

03. Typ¹⁾ _____ 04. Identyfikator _____

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾	02. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe ¹⁾		03. Wymiar czasu pracy	
UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBY I WYPADKOWE	ZDROWOTNE
PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	04. _____ zł, gr		05. _____ zł, gr	06. _____ zł, gr
KWOTA SKŁADKI FINANSOWANA PRZEZ:	07. Ubezpieczonego	08. Ubezpieczonego	09. Ubezpieczenie chorobowe	10. Ubezpieczenie zdrowotne
	11. Płatnika	12. Płatnika	13. Ubezpieczenie wypadkowe	
	_____ zł, gr	_____ zł, gr	_____ zł, gr	_____ zł, gr
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)	
_____ zł, gr			_____ zł, gr	

V. C. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA

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

VI. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

VI. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko _____

02. Imię pierwsze _____

03. Typ¹⁾ _____ 04. Identyfikator _____

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia ¹⁾	02. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe ¹⁾		03. Wymiar czasu pracy	
UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBY I WYPADKOWE	ZDROWOTNE
PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	04. _____ zł, gr		05. _____ zł, gr	06. _____ zł, gr
KWOTA SKŁADKI FINANSOWANA PRZEZ:	07. Ubezpieczonego	08. Ubezpieczonego	09. Ubezpieczenie chorobowe	10. Ubezpieczenie zdrowotne
	11. Płatnika	12. Płatnika	13. Ubezpieczenie wypadkowe	
	_____ zł, gr	_____ zł, gr	_____ zł, gr	_____ zł, gr
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)	
_____ zł, gr			_____ zł, gr	

VI. C. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA

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

04. Suma kwot na stronie (p. V.B.15 + p. V.C.06 + p. VI.B.15 + p. VI.C.06) _____ zł, gr

VII. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)	02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej
_____	_____
Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.	
03. Pieczętka imienna oraz podpis Głównego Księgowego	04. Pieczętka płatnika
_____	_____

VIII. ADNOTACJE ZUS

1) Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji