

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS	DRA	strona: 1	DEKLARACJA ROZLICZENIOWA
-----------------------------------	------------	------------	------------------	---------------------------------

I. DANE ORGANIZACYJNE		02. Identyfikator deklaracji (numer / mm / rrr)	05. Znak i numer decyzji (pokontrolnej)
01. Termin przysyłania deklaracji i raportów			
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)	04. Należka „R”		

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PLATNIKA SKŁADEK

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK		02. Numer REGON
01. Numer NIP (wpisać bez kresek)		
03. Numer PESEL ¹⁾	04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2	05. Seria i numer dokumentu
06. Nazwa skrócona		
07. Nazwisko		
08. Imię pierwsze		09. Data urodzenia (dd / mm / rrr)

III. INNE INFORMACJE		03. Stopa procentowa składek na ubezpieczenie wypadkowe
01. Liczba ubezpieczonych	02. Wniosek pracodawcy o dofinansowanie składek za osoby niepełnosprawne ze środków PFRON i budżetu państwa ²⁾	
		%

IV. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE ORAZ ŹRÓDEŁ FINANSOWANIA

SUMY SKŁADEK	Kwota składek na ubezpieczenie emerytalne		Kwota składek na ubezpieczenia rentowe		Suma kwot składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe	
	01.	02.	03. (p. 01 + p. 02)	04.	05.	06. (p. 04 + p. 05)
ubezpieczonych	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr
płatnika	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr
budżet państwa	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr
PFRON ²⁾	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr
Fundusz Kościelny	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr

SUMY SKŁADEK	Kwota składek na ubezpieczenie chorobowe		Kwota składek na ubezpieczenie wypadkowe		Suma kwot składek na ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe	
	19.	20.	21. (p. 19 + p. 20)	22.	23.	24. (p. 22 + p. 23)
ubezpieczonych	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr
płatnika	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr
PFRON ²⁾	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr
Fundusz Kościelny	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr

32. Kwota składek na ubezpieczenia społeczne, które powinien przekazać płatnik (p. 06 + p. 09 + p. 24 + p. 26) zł, gr

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

01. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego	zł, gr	03. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego	zł, gr
02. Kwota wynagrodzenia należnego płatnikowi od wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego	zł, gr	04. Kwota wypłaconych świadczeń finansowanych z budżetu państwa ³⁾	zł, gr
		05. Łączna kwota do potrącenia (p.01 + p.02 + p.03 + p.04)	zł, gr

VI. ROZLICZENIE CZĘŚCI IV I V

01. Kwota do zwrotu przez ZUS: (p.V. 05 - p.IV. 32)	zł, gr	02. Kwota do zapłaty przez płatnika: (p. IV. 32 - p.V. 05)	zł, gr
---	--------	--	--------

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS	DRA	strona: 2	DEKLARACJA ROZLICZENIOWA
-----------------------------------	-----	-----	-----------	--------------------------

VII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kwota należnych składek do przekazania przez płatnika	<input type="text"/>	zl	gr	04. Kwota należnego wynagrodzenia dla płatnika ⁴⁾	<input type="text"/>	zl	gr
02. Kwota należnych składek finansowana przez Fundusz Kościelny	<input type="text"/>	zl	gr	05. Kwota do zapłaty (p.01 - p. 04)	<input type="text"/>	zl	gr
03. Kwota należnych składek finansowana z budżetu państwa	<input type="text"/>	zl	gr		<input type="text"/>	zl	gr

VIII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FP I FGŚP

01. Kwota należnych składek na Fundusz Pracy	<input type="text"/>	zl	gr	03. Kwota do zapłaty (p.01 + p.02)	<input type="text"/>	zl	gr
02. Kwota należnych składek na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych	<input type="text"/>	zl	gr		<input type="text"/>	zl	gr

IX. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FUNDUSZ EMERYTUR POMOSTOWYCH

01. Liczba pracowników, za których jest opłacana składka na Fundusz Emerytur Pomostowych	<input type="text"/>	03. Suma należnych składek na Fundusz Emerytur Pomostowych	<input type="text"/>	zl	gr
02. Liczba stanowisk pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze	<input type="text"/>				

X. DEKLARACJA DOCHODU (wypełniają osoby, które opłacają składki wyłącznie za siebie)

01. Kod tytułu ubezpieczenia	<input type="text"/>	04. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne	<input type="text"/>	05. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe	<input type="checkbox"/>
02. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe	<input type="text"/>	zl	gr		
03. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe	<input type="text"/>	zl	gr		

XI. OŚWIADCZENIE PLATNIKA 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 lub osoby upoważnionej	03. Pieczęć płatnika
--	----------------------

Pouczenie: W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwot z poz. VI.02, poz. VII.05, poz. VIII.03, poz. IX.03 lub wpłacania ich w niepełnej wysokości, niniejsza deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 czerwca 1966r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz.U. z 2005r. Nr 229, poz. 1954, z późn. zm.).

XII. ADNOTACJE ZUS

1) Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.
2) Pół 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 deklaracji za ten okres złożonej nie później niż 30 czerwca 2008 r.
3) Pole to należy wypełnić tylko w przypadku składania korekt dokumentów, w których płatnik składek wykazał świadczenia finansowane z budżetu państwa należne za okres do dnia 31 sierpnia 2006 r.
4) Za okres od dnia 1 kwietnia 2003 r. płatnik składek nie ma prawa do wynagrodzenia za rozliczenie składek na ubezpieczenie zdrowotne.