

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

| | | | | | | |
|--|--|---|-----|--|--------------------------|--|
| ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH | | ZUS | DRA | strona: 1 | DEKLARACJA ROZLICZENIOWA | |
| I. DANE ORGANIZACYJNE | | 02. Date of payment | | 05. Znak i numer decyzji pokontrolnej | | |
| 01. Termin przysyłania deklaracji i raportów | | 03. Data nadania (dd / mm / rrrr) | | 04. Nalepka „R” | | |
| II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK | | 02. Numer REGON | | 05. Passport number | | |
| 01. Numer NIP (wpisać bez kresek) | | 04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2 | | 06. Nazwa skrócona | | |
| 03. PESEL | | 08. Name | | 09. Date of birth | | |
| III. INNE INFORMACJE | | 02. Wniosek pracodawcy o dofinansowanie składek za osoby niepełnosprawne ze środków PFRON i budżetu państwa ²⁾ | | 03. Stopa procentowa składek na ubezpieczenie wypadkowe | | |
| 01. Liczba ubezpieczonych | | | | | | |
| IV. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH | | | | | | |
| SUMY SKŁADEK | | Kwota na ubezpieczenie | | wot składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe | | |
| 01. | | | | | | |
| SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ: | | 04. ubezpieczonych | | 5)) | | |
| | | 07. płatnika składek | | 3)) | | |
| | | 10. budżet państwa | | 3)) | | |
| | | 11. budżet państwa | | 3)) | | |
| | | 12. (p. 10 + p. 11) | | 3)) | | |
| | | 13. PFRON ²⁾ | | 3)) | | |
| | | 14. PFRON ²⁾ | | 3)) | | |
| | | 15. (p. 13 + p. 14) | | 3)) | | |
| | | 16. Fundusz Kościelny | | 3)) | | |
| | | 17. Fundusz Kościelny | | 3)) | | |
| | | 18. (p. 16 + p. 17) | | 3)) | | |
| SUMY SKŁADEK | | Kwota składek na ubezpieczenie chorobowe | | Suma kwot składek na ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe | | |
| 19. | | | | | | |
| SUMY SKŁADEK | | Kwota składek na ubezpieczenie wypadkowe | | | | |
| 20. | | | | | | |
| SUMY SKŁADEK | | Suma kwot składek na ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe | | | | |
| 21. (p. 19 + p. 20) | | | | | | |
| SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ: | | 22. ubezpieczonych | | 24. (p. 22 + p. 23) | | |
| | | 23. ubezpieczonych | | 27. (p. 25 + p. 26) | | |
| | | 25. płatnika składek | | 30. (p. 28 + p. 29) | | |
| | | 26. płatnika składek | | 33. (p. 31 + p. 32) | | |
| | | 28. budżet państwa | | 36. (p. 34 + p. 35) | | |
| | | 29. budżet państwa | | | | |
| | | 31. PFRON ²⁾ | | | | |
| | | 32. PFRON ²⁾ | | | | |
| | | 34. Fundusz Kościelny | | | | |
| | | 35. Fundusz Kościelny | | | | |
| | | 37. Kwota składek na ubezpieczenia społeczne, które powinien przekazać płatnik składek (p. 06 + p. 09 + p. 24 + p. 27) | | | | |
| V. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ PODLEGAJĄCYCH ROZLICZENIU W CIĘŻAR SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE | | | | | | |
| 01. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego | | 03. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego | | | | |
| 02. Kwota wynagrodzenia należnego płatnikowi składek od wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego | | 04. Kwota wypłaconych świadczeń finansowanych z FUS ³⁾ | | | | |
| 05. Łączna kwota do potrącenia (p. 01 + p. 02 + p. 03 + p. 04) | | | | | | |

MONTHLY DECLARATION 2ndPAGE

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

| ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH | | ZUS DRA | strona: 2 | DEKLARACJA ROZLICZENIOWA | |
|--|----------------------|----------------|---|---------------------------------|--|
| VI. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE | | | | | |
| 01. Kwota należnych składek finansowana przez płatnika składek ⁴⁾ | zł , gr | | 05. Kwota należnych składek do przekazania przez płatnika składek (p. 01 + p. 02) | 5 5 8 0 | |
| 02. Kwota należnych składek finansowana przez ubezpieczonych | 5 5 8 0 | | 06. Kwota należnego wynagrodzenia dla płatnika składek ⁵⁾ | zł , gr | |
| 03. Kwota należnych składek finansowana przez Fundusz Kościelny | zł , gr | | | | |
| 04. Kwota należnych składek finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS | zł , gr | | | | |
| | | | 07. Kwota do zapłaty (p. 05 – p. 06) | 5 5 8 0 | |
| VII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FP I FS ORAZ FGŚP | | | | | |
| 01. Kwota należnych składek na Fundusz Pracy i Fundusz Solidarnościowy ⁶⁾ | zł , gr | | | | |
| 02. Kwota należnych składek na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych | zł , gr | | | | |
| | | | 03. Kwota do zapłaty (p. 01 + p. 02) | zł , gr | |
| VIII. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA FUNDUSZ EMERYTUR POMOSTOWYCH | | | | | |
| 01. Liczba pracowników, za których jest opłacana składka na Fundusz Emerytur Pomostowych | | | | | |
| 02. Liczba stanowisk pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze | | | | | |
| | | | 03. Suma należnych składek na Fundusz Emerytur Pomostowych | zł , gr | |
| 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 ⁷⁾ | zł , gr | | | | |
| | | | 02. Kwota do zapłaty | 5 5 8 0 | |
| X. DEKLARACJA DOCHODU (wypełniają osoby, które opłacają składki wyłącznie za siebie) | | | | | |
| 01. Kod tytułu ubezpieczenia | 2 4 1 0 0 0 | | | | |
| 02. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe | zł , gr | | 06. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe | | |
| 03. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe | zł , gr | | | | |
| 04. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie wypadkowe | zł , gr | | | | |
| 05. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne | 6 2 0 0 0 | | | | |
| | | | | | |
| XI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK | | | | | |
| 01. Date of payment 0 1 0 1 2 0 2 1 | | | | | |
| 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 składek lub osoby upoważnionej | | | 03. Pieczęć płatnika składek | | |
| Full name and Surname | | | | | |

Pouczenie: W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. IX.02 lub wpłacania jej w niepełnej wysokości, niniejsza deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz. U. z 2019 r. poz. 1438, z późn. zm.)

XII. ADNOTACJE ZUS

- ¹) Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.
- ²) Pól 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 w dniu 30 czerwca 2008 r.
- ³) W polu należy wykazać wypłacaną za okres od stycznia 2016 r. kwotę podwyższenia zasiłku macierzyńskiego do wysokości kwoty świadczenia rodzicielskiego finansowanego z funduszu chorobowego.
- ⁴) W polu tym należy także wykazać kwotę składek finansowanych z budżetu państwa, jeżeli dotację otrzymuje płatnik składek.
- ⁵) Za okres od 1 kwietnia 2003 r. płatnik składek nie ma prawa do wynagrodzenia za rozliczenie składek na ubezpieczenie zdrowotne.
- ⁶) Za okres od stycznia 2019 r. kwotę należnych składek stanowi suma stóp procentowych na Fundusz Pracy i Solidarnościowy Fundusz Wsparcia Osób Niepełnosprawnych, a od stycznia 2020 r. na Fundusz Pracy i Fundusz Solidarnościowy.
- ⁷) Kwota nadpłaty, zgodnie z art. 24 ust. 6a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 300, z późn. zm.), podlega zaliczeniu przez Zakład z urzędu na poczet zaległych lub bieżących składek, a w razie ich braku na poczet przyszłych składek, chyba że płatnik składek złoży wniosek o zwrot składek.