

# Umowa o pracę

.....  
(miejscowość i data)

## UMOWA O PRACĘ

zawarta w dniu..... w ..... na<sup>1</sup> okres próbny od ..... do  
..... / czas określony od ..... do ...../ czas nieokreślony  
pomiędzy:

.....  
(nazwa firmy)

.....  
(adres)

.....  
(NIP oraz wpis do KRS/CEIDG)

reprezentowaną przez:

....., zwanym dalej Pracodawcą

a

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(PESEL)

zwanym dalej Pracownikiem.

1. Strony ustalają następujące warunki zatrudnienia:

a) rodzaj pracy<sup>2</sup>: .....

b) miejsce wykonywania pracy:.....  
.....

c) wymiar czasu pracy:.....  
.....

d) wynagrodzenie<sup>3</sup>:.....

słownie:

.....

.....

---

<sup>1</sup> niepotrzebne skreślić

<sup>2</sup> stanowisko

<sup>3</sup> wynagrodzenie zasadnicze plus dodatkowe składniki wynagrodzenia np. premie, dodatki, nagrody

e) inne warunki zatrudnienia:

.....  
.....  
.....

f)

.....(do  
puszczalna liczba godzin pracy ponad określony w umowie wymiar czasu pracy, których przekroczenie uprawnia  
pracownika, oprócz normalnego wynagrodzenia, do dodatku, o którym mowa w art. 151 § 1 k.p. - dotyczy umowy zawartej z  
pracownikiem w niepełnym wymiarze godzin)

g) Przyczyny uzasadniające zawarcie umowy:

.....  
.....

(informacja, o której mowa w art. 29 § 1<sup>1</sup> Kodeksu pracy, o obiektywnych przyczynach uzasadniających zawarcie umowy o  
pracę na czas określony)<sup>4</sup>

2. Dniem rozpoczęcia pracy jest dzień .....r.

.....  
(podpis pracodawcy)

.....  
(podpis pracownika)

## Aneks do umowy

**Aneks nr .....**

(nr aneksu)

z dnia .....

(data sporządzenia aneksu)

Strony zgodnie postanawiają dokonać zmian w treści umowy nr ..... zawartej

(nr umowy, której dotyczy aneks)

dnia ..... w ..... której przedmiotem jest .....

(data podpisania umowy)

(miejscowość)

.....  
(określenie przedmiotu umowy)

między:

..... zwanym dalej "....."

a

..... zwanym dalej "....."

I. Aneks, zgodnym postanowieniem stron, wprowadza do umowy nr .....

(nr umowy, której dotyczy aneks)

następujące zmiany:

1. Określoną w § ..... pkt. .... treść: .....

.....

zastępuje się treścią .....

.....

2. Dodaje się do umowy § ..... w brzmieniu:

.....

II. Pozostałe postanowienia umowy nie ulegają zmianie.

III. Aneks sporządzono w ..... jednobrzmiących egzemplarzach po ..... dla

(ilość)

(ilość)

każdej ze stron.

\_\_\_\_\_  
(podpis)

\_\_\_\_\_  
(podpis)

# Świadectwo pracy

.....  
(pracodawca, siedziba/miejsce zamieszkania)  
.....  
(nr REGON - PKD)  
.....  
(NIP)

.....  
(miejscowość, data)

## ŚWIADECTWO PRACY

### 1. Stwierdza się, że

.....  
(imię /imiona i nazwisko pracownika)  
urodzony  
.....  
(data urodzenia)  
był zatrudniony  
.....  
(pracodawca)  
w okresie od ..... do ..... w wymiarze .....  
..... (wymiar czasu pracy)  
w okresie od ..... do ..... w wymiarze .....  
..... (wymiar czasu pracy)  
w okresie od ..... do ..... w wymiarze .....  
..... (wymiar czasu pracy)

### 2. W okresie zatrudnienia pracownik wykonywał pracę tymczasową na rzecz:

..... w okresie od ..... do .....  
(pracodawca użytkownik)  
..... w okresie od ..... do .....  
(pracodawca użytkownik)

### 3. W okresie zatrudnienia pracownik wykonywał pracę

.....  
.....  
(zajmowane stanowiska lub pełnione funkcje)

### 4. Stosunek pracy ustał w wyniku:

#### a) rozwiązania

.....  
.....  
(tryb i podstawa prawna rozwiązania stosunku pracy)

#### b) wygaśnięcia

.....  
.....  
(podstawa prawna wygaśnięcia stosunku pracy)

### 5. Został zastosowany skrócony okres wypowiedzenia umowy o pracę na podstawie art. 36<sup>1</sup>

§ 1 Kodeksu pracy.....  
(okres, o który został skrócony okres wypowiedzenia, uprawniający do odszkodowania)

6. W okresie zatrudnienia pracownik:

1) wykorzystał zwolnienie od pracy przewidziane w art. 148<sup>1</sup> Kodeksu pracy:

.....  
(liczba dni lub godzin zwolnienia wykorzystanego w roku kalendarzowym, w którym ustał stosunek pracy)

2) wykorzystał urlop wypoczynkowy w wymiarze

.....  
(urlop wypoczynkowy wykorzystany w roku kalendarzowym, w którym ustał stosunek pracy)

w tym

.....  
(urlop wypoczynkowy wykorzystany na podstawie art. 167<sup>2</sup> Kodeksu pracy w roku kalendarzowym, w którym ustał stosunek pracy)

3) wykorzystał urlop opiekuńczy w wymiarze:.....

.....  
(liczba dni urlopu wykorzystanego w roku kalendarzowym, w którym ustał stosunek pracy)

4) korzystał z urlopu bezpłatnego .....

.....  
(okres trwania urlopu bezpłatnego i podstawa prawna jego udzielenia)

5) wykorzystał urlop ojcowski w wymiarze..... w .....częściach

6) wykorzystał urlop rodzicielski .....

7) wykorzystał urlop wychowawczy udzielony na podstawie .....

8) korzystał z ochrony stosunku pracy, o której mowa w art. 186<sup>8</sup> § 1 pkt 2 Kodeksu pracy, w okresie (okresach).....

9) wykorzystał zwolnienie od pracy przewidziane w art. 188 Kodeksu pracy.....

.....  
(liczba dni lub godzin zwolnienia wykorzystanego w roku kalendarzowym, w którym ustał stosunek pracy)

10) wykonywał pracę zdalną przewidzianą w art. 67<sup>33</sup> Kodeksu pracy:.....

.....  
(liczba dni wykonywania pracy zdalnej w roku kalendarzowym, w którym ustał stosunek pracy)

11) był niezdolny do pracy przez okres .....dni

.....  
(liczba dni, za które pracownik otrzymał wynagrodzenie, zgodnie z art. 92 Kodeksu pracy, w roku kalendarzowym, w którym ustał stosunek pracy)

12) .....

.....  
(dni, za które pracownik nie zachował prawa do wynagrodzenia, przypadające w okresie od dnia 1 stycznia 2003 r. do dnia 31 grudnia 2003 r., zgodnie z art. 92 § 1<sup>1</sup> Kodeksu pracy obowiązującym w tym okresie)

13) odbył służbę wojskową w okresie .....

.....  
(okres odbywania czynnej służby wojskowej lub jej form zastępczych)

14) wykonywał pracę w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze .....

.....  
(okresy wykonywania pracy oraz jej rodzaj i zajmowane stanowiska)

15) wykorzystał dodatkowy urlop albo inne uprawnienia lub świadczenia przewidziane przepisami prawa pracy.....

16).....

.....  
(okresy nieskładkowe, przypadające w okresie zatrudnienia wskazanym w ust. 1, uwzględniane przy ustalaniu prawa do emerytury lub renty)

7. Informacja o zajęciu wynagrodzenia:

.....  
(oznaczenie komornika i numer sprawy egzekucyjnej)

.....  
(wysokość potrąconych kwot)

8. Informacje uzupełniające:

.....  
.....

.....  
(pieczęć i podpis pracodawcy lub osoby działającej w jego imieniu)

#### POUCZENIE

Pracownik może w ciągu 14 dni od otrzymania świadectwa pracy wystąpić z wnioskiem do pracodawcy o sprostowanie świadectwa pracy. W razie nieuwzględnienia wniosku pracownikowi przysługuje, w ciągu 14 dni od zawiadomienia o odmowie sprostowania świadectwa pracy, prawo wystąpienia z żądaniem jego sprostowania do sądu pracy. W przypadku niezawiadomienia przez pracodawcę o odmowie sprostowania świadectwa pracy, żądanie sprostowania świadectwa pracy wnosi się do sądu pracy.  
(podstawa prawna - art. 97 § 2<sup>1</sup> Kodeksu pracy)

## Karta szkolenia BHP

.....  
(nazwa pracodawcy (pieczęć))

### KARTA SZKOLENIA WSTĘPNEGO W DZIEDZINIE BEZPIECZEŃSTWA I HIGIENY PRACY

1. Imię i nazwisko osoby odbywającej szkolenie .....	
2. Nazwa komórki organizacyjnej .....	
3. Instruktaż ogólny	Instruktaż ogólny przeprowadził w dniu ..... r. ..... (imię i nazwisko przeprowadzającego instruktaż)  ..... (podpis osoby, której udzielono instruktażu*)
4. Instruktaż stanowiskowy	1) Instruktaż stanowiskowy na stanowisku pracy ..... przeprowadził w dniach ..... r. .... (imię i nazwisko przeprowadzającego instruktaż)  Po przeprowadzeniu sprawdzianu wiadomości i umiejętności z zakresu wykonywania pracy zgodnie z przepisami i zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy Pan(i) ..... ..... został(a) dopuszczony(a) do wykonywania pracy na stanowisku .....  ..... (podpis osoby, której udzielono instruktażu*) ..... (data i podpis kierownika komórki organizacyjnej)
	2)** Instruktaż stanowiskowy na stanowisku pracy ..... przeprowadził w dniach ..... r. .... (imię i nazwisko przeprowadzającego instruktaż)  Po przeprowadzeniu sprawdzianu wiadomości i umiejętności z zakresu wykonywania pracy zgodnie z przepisami i zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy Pan(i) ..... ..... został(a) dopuszczony(a) do wykonywania pracy na stanowisku .....  ..... (podpis osoby, której udzielono instruktażu*) ..... (data i podpis kierownika komórki organizacyjnej)

\* Podpis stanowi potwierdzenie odbycia instruktażu i zapoznania się z przepisami oraz zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy dotyczącymi wykonywanych prac.

\*\* Wypełniać w przypadkach, o których mowa w § 11 ust. 1 pkt 2 i ust. 2 i 3 rozporządzenia Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 27 lipca 2004 r. w sprawie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy.

## Lista płac

[illegible]

# Raport ZUS



PLATNIK WYPELNI POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE  
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBESKIM KOLOREM.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH		ZUS	RZA	strona: 1	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE	
<b>I. DANE ORGANIZACYJNE</b>						
01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrr)						
<b>II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK</b>						
01. Numer NIP (wpisać bez kresak)						
02. Numer REGON						
03. Numer PESEL <sup>1)</sup>						
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)						
<b>III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>						
01. Nazwisko						
02. Imię pierwsze						
03. Typ 04. Identyfikator						
<b>III. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE</b>						
01. Kod tytułu ubezpieczenia						
02. Podstawa wymiaru składki						
03. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika <sup>2)</sup>						
04. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS						
05. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego						
06. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny						
<b>IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>						
01. Nazwisko						
02. Imię pierwsze						
03. Typ 04. Identyfikator						
<b>IV. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE</b>						
01. Kod tytułu ubezpieczenia						
02. Podstawa wymiaru składki						
03. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika <sup>2)</sup>						
04. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS						
05. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego						
06. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny						
<b>V. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>						
01. Nazwisko						
02. Imię pierwsze						
03. Typ 04. Identyfikator						
<b>V. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE</b>						
01. Kod tytułu ubezpieczenia						
02. Podstawa wymiaru składki						
03. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika <sup>2)</sup>						
04. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS						
05. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego						
06. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny						

VL A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ									
01. Nazwisko									
02. Imię pierwsze									
03. Typ					04. Identyfikator				
VL B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE									
01. Kod tytułu ubezpieczenia					02. Podstawa wymiaru składki				
03. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika <sup>1)</sup>					04. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS				
05. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego					06. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny				

VII. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ									
01. Nazwisko									
02. Imię pierwsze									
03. Typ									
04. Identyfikator									
VII. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE									
01. Kod tytułu ubezpieczenia									
02. Podstawa wymiaru składki									
03. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika <sup>2)</sup>									
04. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS									
05. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego									
06. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny									

## VII. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-na) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej	03. Pieczęćka płatnika
--	------------------------

## IX. ADNOTACJE ZUS

<sup>1)</sup> Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.

<sup>2)</sup> W polu tym należy także wykazać kwotę składki finansowaną z budżetu państwa, jeśli dotację otrzymuje płatnik.

## PIT-11

POLTAX

POLA JASNE WYPEŁNIA SKŁADAJĄCY, POLA CIEMNE WYPEŁNIA URZĄD. WYPEŁNIAĆ DUŻYM, DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOŁOREM.  
Składanie w wersji elektronicznej: [www.podatki.gov.pl](http://www.podatki.gov.pl)

1. Identyfikator podatkowy NIP <sup>1)</sup> / numer PESEL <sup>2)</sup> (wpisać całość w odrębny kwadrat) składającego	2. Nr dokumentu	3. Status
---	-----------------	-----------

## PIT-11

INFORMACJA O PRZYCHODACH Z INNYCH ŹRÓDEŁ ORAZ O DOCHODACH  
I POBRANYCH ZALICZKACH NA PODATEK DOCHODOWYw roku<sup>2)</sup>

4. Rok
--------

5. Nr informacji <sup>3)</sup>
--------------------------------

Podstawa prawna:	Art. 35 ust. 6 <sup>4)</sup> , art. 39 ust. 1, art. 42 ust. 2 pkt 1, art. 42a ust. 1, art. 42e ust. 6 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1128, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”; art. 35a ust. 5 ustawy, w brzmieniu obowiązującym przed dniem 26 października 2007 r. <sup>5)</sup>
Składający:	Płatnicy podatku dochodowego od osób fizycznych, a także niebędący płatnikami: rolnicy, osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą, osoby prawne i ich jednostki organizacyjne oraz jednostki organizacyjne niemające osobowości prawnej.
Terminy składania:	Do końca stycznia roku następującego po roku podatkowym <sup>6)</sup> – dla informacji składanych urzędowi skarbowemu; do końca lutego roku następującego po roku podatkowym – dla informacji przesyłanych podatnikowi; w terminie 14 dni od złożenia pisemnego wniosku przez podatnika – w przypadku gdy w trakcie roku podatkowego ustał obowiązek poboru zaliczki przez płatników, o których mowa w art. 39 ust. 1 ustawy; do dnia zaprzestania działalności <sup>7)</sup> – w przypadku gdy składający zaprzestali działalności przed końcem stycznia lub odpowiednio przed końcem lutego roku następującego po roku podatkowym.
Otrzymuje:	Podatnik oraz urząd skarbowy według miejsca zamieszkania podatnika, a w przypadku podatników, o których mowa w art. 3 ust. 2a ustawy, urząd skarbowy w sprawach opodatkowania osób zagranicznych.

## A. MIEJSCE I CEL SKŁADANIA INFORMACJI

6. Urząd skarbowy, do którego adresowana jest informacja<sup>7)</sup>

7. Cel złożenia formularza (zaznaczyć właściwy kwadrat):

☐ 1. złożenie informacji☐ 2. korekta informacji<sup>8)</sup>

## B. DANE IDENTYFIKACYJNE SKŁADAJĄCEGO

\* — dotyczy składającego niebędącego osobą fizyczną \*\* — dotyczy składającego będącego osobą fizyczną

8. Rodzaj składającego (zaznaczyć właściwy kwadrat):

☐ 1. składający niebędący osobą fizyczną☐ 2. osoba fizyczna

9. Nazwa pełna\*

10. Nazwisko, pierwsze imię, data urodzenia\*\*

## C. DANE IDENTYFIKACYJNE I ADRES ZAMIESZKANIA PODATNIKA

11. Rodzaj obowiązku podatkowego podatnika (zaznaczyć właściwy kwadrat):

☐ 1. nieograniczony obowiązek podatkowy (rezydent)☐ 2. ograniczony obowiązek podatkowy (nierezydent)<sup>10)</sup>12. Identyfikator podatkowy NIP / numer PESEL<sup>2)</sup> (wpisać całość w odrębny kwadrat)13. Zagraniczny numer identyfikacyjny podatnika (numer dokumentu stwierdzającego tożsamość)<sup>11)</sup>14. Rodzaj numeru identyfikacyjnego (dokumentu stwierdzającego tożsamość)<sup>12)</sup>15. Kraj wydania numeru identyfikacyjnego (dokumentu stwierdzającego tożsamość)<sup>12)</sup>

16. Nazwisko

17. Pierwsze imię

18. Data urodzenia (dzień-miesiąc-rok)

19. Kraj

20. Województwo

21. Powiat

22. Gmina

23. Ulica

24. Nr domu

25. Nr lokalu

26. Miejscowość

27. Kod pocztowy

## D. INFORMACJA O KOSZTACH UZYSKANIA PRZYCHODU Z TYTUŁU STOSUNKU SŁUŻBOWEGO, STOSUNKU PRACY, SPÓŁDZIELCZEGO STOSUNKU PRACY ORAZ PRACY NAKŁADCZEJ

28. Koszty uzyskania przychodów, wykazane w poz. 30, zostały uwzględnione do wysokości przysługującej podatnikowi (zaznaczyć właściwy kwadrat):

☐ 1. z jednego stosunku pracy (stosunków pokrewnych)☐ 2. z więcej niż jednego stosunku pracy (stosunków pokrewnych)☐ 3. z jednego stosunku pracy (stosunków pokrewnych), podwyższone w związku z zamieszkiwaniem podatnika poza miejscowością, w której znajduje się zakład pracy☐ 4. z więcej niż jednego stosunku pracy (stosunków pokrewnych), podwyższone w związku z zamieszkiwaniem podatnika poza miejscowością, w której znajduje się zakład pracy

## Lista obecności

Lista obecności pracowników nr .....
--------------------------------------

Za okres od ..... do .....

Kierownik jednostki: .....

Pracownik	.....	.....	.....	.....	Podpis kierownika
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
Σ					

## Wniosek urlopowy

..... (imię i nazwisko pracownika)	..... (miejscowość, data)
..... (stanowisko)	..... (oznaczenie pracodawcy)

## Wniosek o urlop wypoczynkowy

Zwracam się z prośbą o udzielenie mi urlopu wypoczynkowego przysługującego za rok .....,  
w liczbie dni..... w terminie od ..... do .....

Z poważaniem

.....  
(podpis pracownika)

*Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody<sup>\*)</sup> na udzielenie urlopu w terminie i wymiarze wskazanym w niniejszym wniosku.*

.....  
(data i podpis pracodawcy)

---

<sup>\*)</sup> niepotrzebne skreślić

Ewidencja czasu pracy

DANE PRACODAWCY:

MIESIĘCZNA KARTA EWIDENCJI CZASU PRACY  
miesiąc:                      rok:

DANE PRACOWNIKA:

imię i nazwisko:

stanowisko:

system czasu pracy:

okres rozliczeniowy:

wymiar czasu pracy:

godziny pracy:

Lp.		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Razem
	Czas pracochwytany ogółem																																
	Godzina rozpoczęcia																																
1	Godzina zakończenia pracy																																
a)	Godziny pracochwytane w niedzielę i święta																																
b)	Godziny pracochwytane w porze nocnej																																
c)	Godziny nadliczbowe – dodatek 50%																																
d)	Godziny nadliczbowe – dodatek 100%																																
e)	Godziny pracochwytane w dni wolne od pracy																																
2	Czas pracochwytany na dyżurze, godzina rozpoczęcia i zakończenia																																
3	Dni wolne od pracy oraz tytuł ich udzielenia																																
4	Urlopy (rodzaj i wymiar)																																
5	Choroba																																
6	Inne zasiłkowe (rodzaj i wymiar)																																
7	Nieobecności usprawiedliwione (rodzaj i wymiar)																																
a)	a) płatne																																
b)	b) niepłatne																																
8	Nieobecności nieusprawiedliwione (wymiar)																																

UWAGI:

## Deklaracja ZUS DRA

PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRÓTKICH KOMPOTEROWO NA MASZYNE LUB RĘCZNIE  
DUŻYMI Drukowanymi literami CZARNYM LUB NIEBESKIM KOLOREM

ZAGŁÓG UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS DRA	strona: 1	DEKLARACJA ROZLICZENIOWA
<b>I. DANE ORGANIZACYJNE</b>			
01. Termin przysyłania deklaracji i raportów	02. Identyfikator deklaracji (numer / mm / rrr)	05. Znak i numer decyzji pokontrolnej	
03. Data nadania (dd / mm / rrr)	04. Nalepka „R”		
<b>II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK</b>			
01. Numer NIP (wpisać bez kresek)	02. Numer REGON		
03. Numer PESEL <sup>1)</sup>	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)			
<b>III. INNE INFORMACJE</b>			
01. Liczba ubezpieczonych	02. Wniosek pracodawcy o dofinansowanie składek za osoby niepełnosprawne ze środków PFRON i budżetu państwa <sup>2)</sup>	03. Stopa procentowa składek na ubezpieczenie wypadkowe	
		%	
<b>IV. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE ORAZ ŹRÓDEŁ FINANSOWANIA</b>			
<b>SUMA SKŁADEK</b>			
01.	Kwota składek na ubezpieczenie emerytalne	02.	Kwota składek na ubezpieczenia rentowe
	zł gr		zł gr
<b>SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:</b>			
04. ubezpieczonych	05. ubezpieczonych	06. (p. 04 + p. 05)	
	zł gr		zł gr
07. płatnika składek	08. płatnika składek	09. (p. 07 + p. 08)	
	zł gr		zł gr
10. budżet państwa	11. budżet państwa	12. (p. 10 + p. 11)	
	zł gr		zł gr
13. PFRON <sup>2)</sup>	14. PFRON <sup>2)</sup>	15. (p. 13 + p. 14)	
	zł gr		zł gr
16. Fundusz Kościelny	17. Fundusz Kościelny	18. (p. 16 + p. 17)	
	zł gr		zł gr
<b>SUMA SKŁADEK</b>			
19.	Kwota składek na ubezpieczenie chorobowe	20.	Kwota składek na ubezpieczenie wypadkowe
	zł gr		zł gr
<b>SKŁADKI FINANSOWANE PRZEZ:</b>			
22. ubezpieczonych	23. ubezpieczonych	24. (p. 22 + p. 23)	
	zł gr		zł gr
25. płatnika składek	26. płatnika składek	27. (p. 25 + p. 26)	
	zł gr		zł gr
28. budżet państwa	29. budżet państwa	30. (p. 28 + p. 29)	
	zł gr		zł gr
31. PFRON <sup>2)</sup>	32. PFRON <sup>2)</sup>	33. (p. 31 + p. 32)	
	zł gr		zł gr
34. Fundusz Kościelny	35. Fundusz Kościelny	36. (p. 34 + p. 35)	
	zł gr		zł gr
37. Kwota składek na ubezpieczenia społeczne, które powinien przekazać płatnik składek (p. 06 + p. 09 + p. 24 + p. 27)			
zł gr			
<b>V. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ PODLEGAJĄCYCH ROZLICZENIU W CIĘŻAR SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE</b>			
01. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego	03. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego	04. Kwota wypłaconych świadczeń finansowanych z FUS <sup>3)</sup>	
	zł gr		zł gr
02. Kwota wynagrodzenia należnego płatnikowi składek od wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego	05. Łączna kwota do potrącenia (p. 01 + p. 02 + p. 03 + p. 04)		zł gr

## PIT-4R

POLTAX

POLA JASNE WYPELNIĄ PŁATNIK, POLA CIEMNE WYPELNIĄ URZĄD. WYPELNIĆ DUŻYMI, DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOŁOREM.  
Składanie w wersji elektronicznej: [www.podatki.gov.pl](http://www.podatki.gov.pl)

1. Identyfikator podatkowy NIP płatnika <sup>1)</sup>	2. Nr dokumentu	3. Status
---	-----------------	-----------

## PIT-4R

DEKLARACJA ROCZNA O ZALICZKACH  
NA PODATEK DOCHODOWY

za rok podatkowy

4. Rok
--------

Podstawa prawna:	Art. 38 ust. 1a, art. 42 ust. 1a i art. 42e ust. 5 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2647, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”; art. 35a ust. 4a ustawy, w brzmieniu obowiązującym przed dniem 26 października 2007 r. <sup>2)</sup>
Składający:	Płatnik podatku dochodowego od osób fizycznych.
Terminy składania:	Do końca stycznia roku następującego po roku podatkowym. W przypadku zaprzestania działalności <sup>3)</sup> przez płatników, o których mowa w art. 32–35, art. 41 i art. 42e ustawy, przed tym terminem — do dnia zaprzestania tej działalności, a w przypadku płatnika, o którym mowa w art. 35a ustawy <sup>4)</sup> , który zaprzestał poboru zaliczek przed tym terminem — do dnia ustania obowiązku poboru tych zaliczek.
Otrzymuje:	Urząd skarbowy według miejsca zamieszkania płatnika, a jeżeli płatnik nie jest osobą fizyczną, według siedziby bądź miejsca prowadzenia działalności, gdy płatnik nie posiada siedziby; w przypadku gdy płatnikiem jest przedsiębiorstwo w spadku — urząd skarbowy według ostatniego miejsca zamieszkania zmarłego przedsiębiorcy.

## A. MIEJSCE I CEL SKŁADANIA DEKLARACJI

5. Urząd skarbowy, do którego adresowana jest deklaracja <sup>5)</sup>
6. Cel złożenia formularza (zaznaczyć właściwy kwadrat): <input type="checkbox"/> 1. złożenie deklaracji <input type="checkbox"/> 2. korekta deklaracji
7. Rodzaj korekty (zaznaczyć właściwy kwadrat): <input type="checkbox"/> 1. korekta deklaracji, o której mowa w art. 81 Ordynacji podatkowej <sup>6)</sup> <input type="checkbox"/> 2. korekta deklaracji, o której mowa w art. 81b § 1a Ordynacji podatkowej <sup>6)</sup>

## B. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA

\* — dotyczy płatnika niebędącego osobą fizyczną \*\* — dotyczy płatnika będącego osobą fizyczną

8. Rodzaj składającego (zaznaczyć właściwy kwadrat): <input type="checkbox"/> 1. płatnik niebędący osobą fizyczną <input type="checkbox"/> 2. osoba fizyczna
9. Nazwa pełna * / Nazwisko, pierwsze imię, data urodzenia <sup>7)</sup> **

C. WYKAZ NALEŻNYCH ZALICZEK NA PODATEK DOCHODOWY ZA POSZCZEGÓLNE  
MIESIĄCE ROKU PODATKOWEGO

		I	II	III	IV	V	VI
1. Zaliczki na podatek pobrane przez płatników, o których mowa w art. 32 ust. 1 i art. 42e ust. 1 ustawy, od dochodów wymienionych w tych przepisach	Liczba podatników	10.	11.	12.	13.	14.	15.
		16.	17.	18.	19.	20.	21.
		VII	VIII	IX	X	XI	XII
	Liczba podatników	22.	23.	24.	25.	26.	27.
		28.	29.	30.	31.	32.	33.
2. Zaliczki pobrane przez płatników, o których mowa w art. 33–35 ustawy, od dochodów wymienionych w tych przepisach		I	II	III	IV	V	VI
		34.	35.	36.	37.	38.	39.
		VII	VIII	IX	X	XI	XII
		40.	41.	42.	43.	44.	45.
3. Zaliczki pobrane przez płatników, o których mowa w art. 41 ustawy, od świadczeń z tytułu działalności określonej w art. 13 pkt 2 i 4–9 oraz art. 18 ustawy		I	II	III	IV	V	VI
		46.	47.	48.	49.	50.	51.
		VII	VIII	IX	X	XI	XII
		52.	53.	54.	55.	56.	57.



# Deklaracja PFRON

Dziennik Ustaw Nr 80

— 5907 —

Poz. 862

Załączniki do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej  
z dnia 20 lipca 2001 r. (poz. 862)

Załącznik nr 1

Wzór

## DEK – I – 0 Deklaracja miesięcznych wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Podstawa prawna:	Art. 49 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
Składający:	Pracodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 1 ustawy, zobowiązany do wpłat na Fundusz (PFRON).
Termin składania:	Do 20 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym zaistniały okoliczności powodujące powstanie obowiązku wpłat.
Adresat:	Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa, tel. (0 22) 620-03-51.

<b>A. Dane ewidencyjne pracodawcy<sup>1</sup></b>				1. Numer w rejestrze PFRON _____	
2. REGON _____ 9 pierwszych cyfr		3. NIP _____		4. PKD _____	
5. Pełna nazwa pracodawcy _____					
6. Kod pocztowy _____	7. Miejscowość _____	8. Ulica _____	9. Nr domu _____	10. Nr lokalu _____	

<b>B. Informacje o deklaracji</b>			
11. Okres sprawozdawczy		12. Deklaracja:	
1. Miesiąc _____	2. Rok _____	<input type="checkbox"/> 1. Zwyczajna <input type="checkbox"/> 2. Korygująca	

<b>C. Zatrudnienie osób niepełnosprawnych w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy</b>				
Zatrudnienie ogółem 13. _____		w tym etatów osób niepełnosprawnych ogółem 14. _____		
w tym etatów osób niepełnosprawnych w stopniu:				
znacznym ze szczególnymi schorzeniami <sup>2</sup>		umiarkowanym ze szczególnymi schorzeniami <sup>2</sup>		lekким
15. _____	16. _____	17. _____	18. _____	19. _____
Liczba pracowników odpowiadająca różnicy między zatrudnieniem zapewniającym osiągnięcie wymaganego wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych a rzeczywistym zatrudnieniem osób niepełnosprawnych 0,06 * poz. 13 - (3 * poz. 15 + 2 * poz. 17 + poz. 14)				20. _____

<b>D. Rozliczenie wpłaty</b>	
<b>D1. Obliczenie kwoty należnej wpłaty</b>	
Przeciętne wynagrodzenie <sup>3</sup>	21. _____
Wpłata należna <sup>4</sup>	22. _____
Jeżeli otrzymano wartość ujemną – należy wpisać zero 0,4065 * poz. 21 * poz. 20	

DEK-I-0 1/2

<sup>1</sup> W przypadku składania deklaracji DEK-I-0 po raz pierwszy oraz w przypadku zmian danych ewidencyjnych dołącza się również deklarację DEK-Z.

<sup>2</sup> O których mowa w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 18 września 1998 r. w sprawie rodzajów schorzeń uzasadniających obniżenie wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych oraz sposobu jego obniżenia (Dz.U. Nr 124, poz. 820 i Nr 127, poz. 843).

<sup>3</sup> Przeciętne miesięczne wynagrodzenie w gospodarce narodowej w poprzednim kwartale od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w formie komunikatu w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, na podstawie art. 20 pkt 3 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emerytalnych i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. Nr 162, poz. 1118, z 1999 r. Nr 38, poz. 360, Nr 70, poz. 774, Nr 72, poz. 801 i 802 i Nr 106, poz. 1215, z 2000 r. Nr 2, poz. 26, Nr 8, poz. 118, Nr 19, poz. 238, Nr 56, poz. 678 i Nr 84, poz. 948 oraz z 2001 r. Nr 8, poz. 64 i Nr 27, poz. 238).

<sup>4</sup> Na podstawie art. 21 ust. 1 ustawy.

<b>D2. Obniżenie wpłaty na podstawie art. 22 ustawy</b>		<i>Wypełnia pracodawca korzystający z obniżenia wpłat na PFRON</i>	
Kwota obniżenia wykorzystana w danym miesiącu <i>§ poz. 22</i>	Kwota należności po obniżeniu wpłaty <i>poz. 22 – poz. 23</i>		
23. _____	24. _____		
<b>D3. Pozostała kwota obniżenia wpłat</b>			
Kwota obniżenia do wykorzystania w przyszłym okresie	25. _____		
w tym kwota obniżenia nabyta przed 1 stycznia 1999 r. <sup>5</sup>	26. _____		
<b>D4. Złagodzenie obowiązku wpłat<sup>6</sup></b>		<i>Wypełnia pracodawca, wobec którego zastosowano złagodzenie obowiązku wpłat na PFRON</i>	
27. Podstawa złagodzenia obowiązku wpłat	Data wydania i znak decyzji	Kwota złagodzenia obowiązku	
<input type="checkbox"/> 1. Decyzja Prezesa Zarządu PFRON	28. _____-_____-_____-	29. <i>§ poz. 24</i>	
<input type="checkbox"/> 2. Decyzja Ministra Pracy i Polityki Społecznej		_____	
<input type="checkbox"/> 3. Inna		_____	
<b>D5. Należna wpłata</b>			
Kwota należna do zapłaty <i>poz. 24 – poz. 29</i>	30. _____		
<b>E. Uwagi</b>			
_____			

**Pouczenie:** W przypadku niewpłacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. 30 lub wpłacenia jej w niepełnej wysokości niniejsza deklaracja stanowi podstawę do wystawienia tytułu wykonawczego, zgodnie z art. 26a ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz.U. z 1991 r. Nr 36, poz. 161, z 1992 r. Nr 20, poz. 78, z 1993 r. Nr 28, poz. 127, z 1995 r. Nr 85, poz. 426, z 1996 r. Nr 43, poz. 189 i Nr 146, poz. 680, z 1997 r. Nr 137, poz. 926 i Nr 141, poz. 943 i 944, z 1998 r. Nr 162, poz. 1126, z 2000 r. Nr 114, poz. 1193, Nr 120, poz. 1268 i Nr 122, poz. 1315 oraz z 2001 r. Nr 76, poz. 809).

<b>INFORMACJA UZUPEŁNIAJĄCA</b>				
<b>F. Zatrudnienie osób niepełnosprawnych</b>				
Zatrudnienie ogółem		31. _____	w tym osób niepełnosprawnych ogółem	
		_____	32. _____	
w tym osób niepełnosprawnych w stopniu:				
znacznym ze szczególnymi schorzeniami <sup>2</sup>		umiarkowanym ze szczególnymi schorzeniami <sup>2</sup>		lekkim
33. _____	34. _____	35. _____	36. _____	37. _____
<b>Oświadczam, że dane zawarte w deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.</b>				
38. Data wypełnienia deklaracji		39. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej		
_____		_____		
<b>G. Adnotacje</b>				

DEK-I-0 2<sub>2</sub>

<sup>5</sup> Na podstawie rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 30 września 1991 r. w sprawie szczególnych zasad obniżania wpłat zakładów pracy na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz.U. Nr 88, poz. 401).

<sup>6</sup> Na podstawie art. 48 lub 67 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Ordynacja podatkowa (Dz.U. Nr 137, poz. 926 i Nr 160, poz. 1083, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, z 1999 r. Nr 11, poz. 95 i Nr 92, poz. 1062, z 2000 r. Nr 94, poz. 1037, Nr 116, poz. 1216, Nr 120, poz. 1268 i Nr 122, poz. 1315 oraz z 2001 r. Nr 16, poz. 166, Nr 39, poz. 459 i Nr 42, poz. 475).