

Umowa o pracę

(miejscowość i data)

UMOWA O PRACĘ

zawarta w dniu w na¹ 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 pracy²:

b) miejsce wykonywania pracy:

c) wymiar czasu pracy:

d) wynagrodzenie³:

słownie:
.....
.....

¹ niepotrzebne skreślić

² stanowisko

³ 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 § 1¹ Kodeksu pracy, o obiektywnych przyczynach uzasadniających zawarcie umowy o pracę na czas określony)⁴

2. Dniem rozpoczęcia pracy jest dzieńr.

.....
(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)

pomiędzy:

..... 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) dla (ilość)
każdej ze stron.

(podpis)

(podpis)

Świadectwo pracy

(miejscowość, data)

(pracodawca, siedziba/miejsce zamieszkania)

(nr REGON - PKD)

(NIP)

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 ustal w wyniku: a) rozwiązania

.....
(tryb i podstawa prawa rozwiązania stosunku pracy)
b) wygaśnięcia

.....
(podstawa prawa wygaśnięcia stosunku pracy)

5. Został zastosowany skrócony okres wypowiedzenia umowy o pracę na podstawie art. 36¹ § 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. 148¹ Kodeksu pracy:

(liczba dni lub godzin zwolnienia wykorzystanego w roku kalendarzowym, w którym ustal stosunek pracy)
2) wykorzystał urlop wypoczynkowy w wymiarze

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

w tym

(urlop wypoczynkowy wykorzystany na podstawie art. 167² Kodeksu pracy w roku kalendarzowym, w którym ustal stosunek pracy)

3) wykorzystał urlop opiekuńczy w wymiarze:

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

4) korzystał z urlopu bezpłatnego

(okres trwania urlopu bezpłatnego i podstawa prawa jego udzielenia)

5) wykorzystał urlop ojcowiskowy 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. 186³ § 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 ustal stosunek pracy)

10) wykonywał pracę zdalną przewidzianą w art. 67³³ Kodeksu pracy:

(liczba dni wykonywania pracy zdalnej w roku kalendarzowym, w którym ustal 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 ustal 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 § 1⁴ 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 nieskladkowe, 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 prawa - art. 97 § 2¹ 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 f. (imię i nazwisko przeprowadzającego instruktaz) (podpis osoby, której udzielono instruktażu*)
	1) Instruktaż stanowiskowy na stanowisku pracy przeprowadził w dniach f. (imię i nazwisko przeprowadzającego instruktaz) 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)
4. Instruktaż stanowiskowy	2)** Instruktaż stanowiskowy na stanowisku pracy przeprowadził w dniach f. (imię i nazwisko przeprowadzającego instruktaz) 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

DANE PRACODAWCY:				LISTA PLAC nr																															
				za okres: data wypłaty:																															
				Odliczenia od dochodu																															
Składniki wynagrodzenia za czas pracy		Podst. wymiaru skledek ubezp. społeczeństwa		Wynagr. za czas nieobecności do pracy		Razem przyród		PPK		akcje pracownika		akcje pracodawcy		Ubez. Emerytarnie		Ubez. rentowe		Ubez. chorobowe		Razem składki na ub. Spół.		Podst. wymiaru skledek ubezp. zdrowotnego		Koszty użytkowania przychodu		Podstawa opodatkowania		Ponęczona załóżka na podatek dochodowy		Ubezpieczenie zdrowotne		Należna załóżka na podatek dochodowy		Do wypłaty	
Wynagrodzenie zasadnicze	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					
Sporządził:																																			
Zatwierdził:																																			

Raport ZUS

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS	RZA	strona: 1	MIESZCZYSTY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE	
I. DANE ORGANIZACYJNE					
01. Identyfikator raportu (numer / mm / rr) <input type="text"/>					
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK					
01. Numer NIP (wpisać bez kresek) <input type="text"/>					
02. Numer REGON <input type="text"/>					
03. Numer PESEL ¹⁾ <input type="text"/>					
04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2 <input type="text"/>					
05. Seria i numer dokumentu <input type="text"/>					
06. Nazwisko skrocone <input type="text"/>					
07. Nazwisko <input type="text"/>					
08. Imię pierwsze <input type="text"/>					
09. Data urodzenia (dd / mm / rr) <input type="text"/>					
III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ					
01. Nazwisko <input type="text"/>					
02. Imię pierwsze <input type="text"/>					
03. Typ 04. Identyfikator <input type="text"/>					
III. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE					
01. Kod tytułu ubezpieczenia <input type="text"/> zl. gr. <input type="text"/>					
02. Podstawa wymiaru składek <input type="text"/> zl. gr. <input type="text"/>					
03. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika ²⁾ <input type="text"/> zl. gr. <input type="text"/>					
04. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS <input type="text"/> zl. gr. <input type="text"/>					
05. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego <input type="text"/> zl. gr. <input type="text"/>					
06. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny <input type="text"/> zl. gr. <input type="text"/>					
IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ					
01. Nazwisko <input type="text"/>					
02. Imię pierwsze <input type="text"/>					
03. Typ 04. Identyfikator <input type="text"/>					
IV. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE					
01. Kod tytułu ubezpieczenia <input type="text"/> zl. gr. <input type="text"/>					
02. Podstawa wymiaru składek <input type="text"/> zl. gr. <input type="text"/>					
03. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika ²⁾ <input type="text"/> zl. gr. <input type="text"/>					
04. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS <input type="text"/> zl. gr. <input type="text"/>					
05. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego <input type="text"/> zl. gr. <input type="text"/>					
06. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny <input type="text"/> zl. gr. <input type="text"/>					
V. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ					
01. Nazwisko <input type="text"/>					
02. Imię pierwsze <input type="text"/>					
03. Typ 04. Identyfikator <input type="text"/>					
V. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE					
01. Kod tytułu ubezpieczenia <input type="text"/> zl. gr. <input type="text"/>					
02. Podstawa wymiaru składek <input type="text"/> zl. gr. <input type="text"/>					
03. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika ²⁾ <input type="text"/> zl. gr. <input type="text"/>					
04. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS <input type="text"/> zl. gr. <input type="text"/>					
05. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego <input type="text"/> zl. gr. <input type="text"/>					
06. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny <input type="text"/> zl. gr. <input type="text"/>					

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS	RZA	strona 2	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE				
VI. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ								
01. Nazwisko								
02. Imię pierwsze								
03. Typ 04. identyfikator								
VI. B. NALEŻNA SKŁADKA NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE								
01. Kod tytułu ubezpieczenia								
02. Podstawa wymiaru składki								
03. Kwota należnej składki finansowana przez platnika ¹⁾								
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 platnika ²⁾								
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								
VIII. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK								
01. Data wypełnienia (dd / mm / rr)								
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 platnika lub osoby upoważnionej								
03. Pieczętka platnika								
IX. ADNOTACJE ZUS								

¹⁾ Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.

²⁾ W polu tym należy także wykazać kwotę składki finansowaną z budżetu państwa, jeśli dotację otrzymuje platnik.

PIT-11

POLTAX			POŁAJNE WYPEŁNIA SKŁADAJĄCY, POŁA CIENNE WYPEŁNIA URZĄD. WYPEŁNIAĆ DUŻYMI, DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLEM. Składanie w wersji elektronicznej: www.podatki.gov.pl		
1. Identyfikator podatkowy NIP ¹⁾ / numer PESEL	składającego		2. Nr dokumentu	3. Status	

PIT-11

INFORMACJA O PRZYCHODACH Z INNYCH ŹRÓDEŁ ORAZ O DOCHODACH I POBRANYCH ZALICZKACH NA PODATEK DOCHODOWY

w roku ²⁾	4. Rok	5. Nr informacji ³⁾
Podstawa prawna:	Art. 35 ust. 6 ⁴⁾ , 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. ⁵⁾	
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 prawniej.	
Terminy składania:	Do końca stycznia roku następującego po roku podatkowym ⁶⁾ – dla informacji składanych urzędom 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 ustal obowiązek poboru zaliczki przez płatników, o których mowa w art. 39 ust. 1 ustawy; do dnia zaprzestania działalności ⁷⁾ – w przypadku gdy składający zaprzestały 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 ⁸⁾
7. Cel złożenia formularza (zaznaczyć właściwy kwadrat):
<input type="checkbox"/> 1. złożenie informacji <input type="checkbox"/> 2. korekta informacji ⁹⁾

B. DANE IDENTYFIKACYJNE SKŁADAJĄCEGO

* — dotyczy składającego niebędącego osobą fizyczną ** — dotyczy składającego będącego osobą fizyczną
8. Rodzaj składającego (zaznaczyć właściwy kwadrat):
<input type="checkbox"/> 1. składający niebędący osobą fizyczną <input type="checkbox"/> 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):	<input type="checkbox"/> 1. nieograniczony obowiązek podatkowy (rezydent) <input type="checkbox"/> 2. ograniczony obowiązek podatkowy (nierezydent) ¹⁰⁾	
12. Identyfikator podatkowy NIP / numer PESEL	13. Zagraniczny numer identyfikacyjny podatnika (numer dokumentu stwierdzającego tożsamość) ¹¹⁾	
<hr/>		
14. Rodzaj numeru identyfikacyjnego (dokumentu stwierdzającego tożsamość) ¹²⁾	15. Kraj wydania numeru identyfikacyjnego (dokumentu stwierdzającego tożsamość) ¹³⁾	
16. Nazwisko	17. Pierwsze imię	
18. Data urodzenia (dziesiątka-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):			
<input type="checkbox"/> 1. z jednego stosunku pracy (stosunków pokrewnych)	<input type="checkbox"/> 2. z więcej niż jednego stosunku pracy (stosunków pokrewnych)		
<input type="checkbox"/> 3. z jednego stosunku pracy (stosunków pokrewnych), podwyższone w związku z zamieszkiem podatnika poza miejscowością, w której znajduje się zakład pracy	<input type="checkbox"/> 4. z więcej niż jednego stosunku pracy (stosunków pokrewnych), podwyższone w związku z zamieszkiem 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

.....
(miejscowość, data)

.....
(imię i nazwisko pracownika)

.....
(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 na udzielenie urlopu w terminie i wymiarze wskazanym w niniejszym wniosku.*

.....
(data i podpis pracodawcy)

*> niepotrzebne skreślić

Ewidencja czasu pracy

DANE PRACODAWCY:

L.p.	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 przepracowany ogółem																															
	Godzina rozpoczęcia																															
1	Godzina zakończenia pracy																															
a)	Godziny przepracowane w niedziele i święta																															
b)	Godziny przepracowane w porze nocnej																															
c)	Godziny nadliczbowe – dodatek 50%																															
d)	Godziny nadliczbowe – dodatek 100%																															
e)	Godziny przepracowane w dni wolne od pracy																															
	Czas przepracowany na dyżurze, godzina rozpoczęcia i zakończenia																															
2	Godzina rozpoczęcia i zakończenia																															
3	Dni wolne od pracy oraz tytuły ich udzielenia																															
4	Utopię (rodzaj i wymiar)																															
5	Choroba																															
6	Inne zasłkowe (rodzaj i wymiar)																															
7	Nieobecności usprawiedlione (rodzaj i wymiar):																															
a)	a) płatne																															
b)	b) nieplatne																															
8	Nieobecności niusprawiedlione (wymiar):																															

UWAGI:

Deklaracja ZUS DRA

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRAKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE
DUŻYM DRUKOWANYMI LITERAMI CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOŁCIEM

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS DRA	strona: 1	DEKLARACJA ROZLICZENIOWA																																																																																																																																																																				
I. DANE ORGANIZACYJNE 01. Termin przesyłania deklaracji i raportów 03. Data nadania (dd / mm / rr) 02. Identyfikator deklaracji (numer / mm / rr) 05. Znak i numer decyzyjny pokontrolnej 04. Nalepka „R”																																																																																																																																																																							
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK 01. Numer NIP (wpisać bez kresek) 03. Numer PESEL ¹⁾ 06. Nazwa skrócona 07. Nazwisko 08. Imię pierwotne 02. Numer REGON 04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2 05. Seria i numer dokumentu 09. Data urodzenia (dd / mm / rr)																																																																																																																																																																							
III. INNE INFORMACJE 01. Liczba ubezpieczonych 02. Wniosek pracodawcy o dofinansowanie składek za osoby niepełnosprawne ze środków PFRON i budżetu państwa ²⁾ 03. Skopii procentowa składek na ubezpieczenie wypadkowe																																																																																																																																																																							
IV. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE DRAZ ŹRÓDŁE FINANSOWANIA <table border="1"> <thead> <tr> <th>SUNY SKŁADEK</th> <th>Kwota składek na ubezpieczenie emerytalne</th> <th>Kwota składek na ubezpieczenia rentowe</th> <th>Suma kwot składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01.</td> <td>zł. gr.</td> <td>zł. gr.</td> <td>zł. gr.</td> </tr> <tr> <td>02.</td> <td>zł. gr.</td> <td>zł. gr.</td> <td>zł. gr.</td> </tr> <tr> <td>03. (p. 01 + p. 02)</td> <td>zł. gr.</td> <td>zł. gr.</td> <td>zł. gr.</td> </tr> <tr> <td colspan="4">SUNY SKŁADEK</td> </tr> <tr> <td>04. ubezpieczonych</td> <td>zł. gr.</td> <td>zł. gr.</td> <td>zł. gr.</td> </tr> <tr> <td>05. ubezpieczonych</td> <td>zł. gr.</td> <td>zł. gr.</td> <td>zł. gr.</td> </tr> <tr> <td>06. (p. 04 + p. 05)</td> <td>zł. gr.</td> <td>zł. gr.</td> <td>zł. gr.</td> </tr> <tr> <td colspan="4">SKŁADEK FINANSOWANE PRZEZ:</td> </tr> <tr> <td>07. platnika składek</td> <td>zł. gr.</td> <td>zł. gr.</td> <td>zł. gr.</td> </tr> <tr> <td>08. platnika składek</td> <td>zł. gr.</td> <td>zł. gr.</td> <td>zł. gr.</td> </tr> <tr> <td>09. (p. 07 + p. 08)</td> <td>zł. gr.</td> <td>zł. gr.</td> <td>zł. gr.</td> </tr> <tr> <td>10. budżet państwa</td> <td>zł. gr.</td> <td>zł. gr.</td> <td>zł. gr.</td> </tr> <tr> <td>11. budżet państwa</td> <td>zł. gr.</td> <td>zł. gr.</td> <td>zł. gr.</td> </tr> <tr> <td>12. (p. 10 + p. 11)</td> <td>zł. gr.</td> <td>zł. gr.</td> <td>zł. gr.</td> </tr> <tr> <td>13. PFRON³⁾</td> <td>zł. gr.</td> <td>zł. gr.</td> <td>zł. gr.</td> </tr> <tr> <td>14. PFRON³⁾</td> <td>zł. gr.</td> <td>zł. gr.</td> <td>zł. gr.</td> </tr> <tr> <td>15. (p. 13 + p. 14)</td> <td>zł. gr.</td> <td>zł. gr.</td> <td>zł. gr.</td> </tr> <tr> <td>16. Fundusz Kościelny</td> <td>zł. gr.</td> <td>zł. gr.</td> <td>zł. gr.</td> </tr> <tr> <td>17. Fundusz Kościelny</td> <td>zł. gr.</td> <td>zł. gr.</td> <td>zł. gr.</td> </tr> <tr> <td>18. (p. 16 + p. 17)</td> <td>zł. gr.</td> <td>zł. gr.</td> <td>zł. gr.</td> </tr> <tr> <td colspan="4">SUNY SKŁADEK</td> </tr> <tr> <td>19. Kwota składek na ubezpieczenie chorobowe</td> <td>zł. gr.</td> <td>Kwota składek na ubezpieczenie wypadkowe</td> <td>zł. gr.</td> </tr> <tr> <td>20.</td> <td>zł. gr.</td> <td>zł. gr.</td> <td>zł. gr.</td> </tr> <tr> <td>21. (p. 19 + p. 20)</td> <td>zł. gr.</td> <td>zł. gr.</td> <td>zł. gr.</td> </tr> <tr> <td colspan="4">SUNY SKŁADEK</td> </tr> <tr> <td>22. ubezpieczonych</td> <td>zł. gr.</td> <td>23. ubezpieczonych</td> <td>zł. gr.</td> </tr> <tr> <td>24. (p. 22 + p. 23)</td> <td>zł. gr.</td> <td>zł. gr.</td> <td>zł. gr.</td> </tr> <tr> <td>25. platnika składek</td> <td>zł. gr.</td> <td>26. platnika składek</td> <td>zł. gr.</td> </tr> <tr> <td>27. (p. 25 + p. 26)</td> <td>zł. gr.</td> <td>zł. gr.</td> <td>zł. gr.</td> </tr> <tr> <td>28. budżet państwa</td> <td>zł. gr.</td> <td>29. budżet państwa</td> <td>zł. gr.</td> </tr> <tr> <td>30. (p. 28 + p. 29)</td> <td>zł. gr.</td> <td>zł. gr.</td> <td>zł. gr.</td> </tr> <tr> <td>31. PFRON³⁾</td> <td>zł. gr.</td> <td>32. PFRON³⁾</td> <td>zł. gr.</td> </tr> <tr> <td>33. (p. 31 + p. 32)</td> <td>zł. gr.</td> <td>zł. gr.</td> <td>zł. gr.</td> </tr> <tr> <td>34. Fundusz Kościelny</td> <td>zł. gr.</td> <td>35. Fundusz Kościelny</td> <td>zł. gr.</td> </tr> <tr> <td>36. (p. 34 + p. 35)</td> <td>zł. gr.</td> <td>zł. gr.</td> <td>zł. gr.</td> </tr> <tr> <td colspan="4">37. Kwota składek na ubezpieczenia społeczne, które powinien przekazać platnik składek (p. 06 + p. 09 + p. 24 + p. 27)</td> </tr> <tr> <td colspan="4"> V. ZESTAWIENIE WYPEŁACONYCH ŚWIADCZEŃ PODLEGAJĄCYCH ROZLICZENIU W CIĘŻAR SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE <table border="1"> <thead> <tr> <th>01. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego</th> <th>zł. gr.</th> <th>03. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego</th> <th>zł. gr.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>02. Kwota wynagrodzenia należnego platnikowi składek od wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego</td> <td>zł. gr.</td> <td>04. Kwota wypłaconych świadczeń finansowanych z FUS⁴⁾</td> <td>zł. gr.</td> </tr> <tr> <td>05. Łączna kwota do potrącenia (p. 01 + p. 02 + p. 03 + p. 04)</td> <td>zł. gr.</td> <td>zł. gr.</td> <td>zł. gr.</td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> </tbody> </table>				SUNY SKŁADEK	Kwota składek na ubezpieczenie emerytalne	Kwota składek na ubezpieczenia rentowe	Suma kwot składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe	01.	zł. gr.	zł. gr.	zł. gr.	02.	zł. gr.	zł. gr.	zł. gr.	03. (p. 01 + p. 02)	zł. gr.	zł. gr.	zł. gr.	SUNY SKŁADEK				04. ubezpieczonych	zł. gr.	zł. gr.	zł. gr.	05. ubezpieczonych	zł. gr.	zł. gr.	zł. gr.	06. (p. 04 + p. 05)	zł. gr.	zł. gr.	zł. gr.	SKŁADEK FINANSOWANE PRZEZ:				07. platnika składek	zł. gr.	zł. gr.	zł. gr.	08. platnika składek	zł. gr.	zł. gr.	zł. gr.	09. (p. 07 + p. 08)	zł. gr.	zł. gr.	zł. gr.	10. budżet państwa	zł. gr.	zł. gr.	zł. gr.	11. budżet państwa	zł. gr.	zł. gr.	zł. gr.	12. (p. 10 + p. 11)	zł. gr.	zł. gr.	zł. gr.	13. PFRON ³⁾	zł. gr.	zł. gr.	zł. gr.	14. PFRON ³⁾	zł. gr.	zł. gr.	zł. gr.	15. (p. 13 + p. 14)	zł. gr.	zł. gr.	zł. gr.	16. Fundusz Kościelny	zł. gr.	zł. gr.	zł. gr.	17. Fundusz Kościelny	zł. gr.	zł. gr.	zł. gr.	18. (p. 16 + p. 17)	zł. gr.	zł. gr.	zł. gr.	SUNY SKŁADEK				19. Kwota składek na ubezpieczenie chorobowe	zł. gr.	Kwota składek na ubezpieczenie wypadkowe	zł. gr.	20.	zł. gr.	zł. gr.	zł. gr.	21. (p. 19 + p. 20)	zł. gr.	zł. gr.	zł. gr.	SUNY SKŁADEK				22. ubezpieczonych	zł. gr.	23. ubezpieczonych	zł. gr.	24. (p. 22 + p. 23)	zł. gr.	zł. gr.	zł. gr.	25. platnika składek	zł. gr.	26. platnika składek	zł. gr.	27. (p. 25 + p. 26)	zł. gr.	zł. gr.	zł. gr.	28. budżet państwa	zł. gr.	29. budżet państwa	zł. gr.	30. (p. 28 + p. 29)	zł. gr.	zł. gr.	zł. gr.	31. PFRON ³⁾	zł. gr.	32. PFRON ³⁾	zł. gr.	33. (p. 31 + p. 32)	zł. gr.	zł. gr.	zł. gr.	34. Fundusz Kościelny	zł. gr.	35. Fundusz Kościelny	zł. gr.	36. (p. 34 + p. 35)	zł. gr.	zł. gr.	zł. gr.	37. Kwota składek na ubezpieczenia społeczne, które powinien przekazać platnik składek (p. 06 + p. 09 + p. 24 + p. 27)				V. ZESTAWIENIE WYPEŁACONYCH ŚWIADCZEŃ PODLEGAJĄCYCH ROZLICZENIU W CIĘŻAR SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE <table border="1"> <thead> <tr> <th>01. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego</th> <th>zł. gr.</th> <th>03. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego</th> <th>zł. gr.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>02. Kwota wynagrodzenia należnego platnikowi składek od wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego</td> <td>zł. gr.</td> <td>04. Kwota wypłaconych świadczeń finansowanych z FUS⁴⁾</td> <td>zł. gr.</td> </tr> <tr> <td>05. Łączna kwota do potrącenia (p. 01 + p. 02 + p. 03 + p. 04)</td> <td>zł. gr.</td> <td>zł. gr.</td> <td>zł. gr.</td> </tr> </tbody> </table>				01. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego	zł. gr.	03. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego	zł. gr.	02. Kwota wynagrodzenia należnego platnikowi składek od wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego	zł. gr.	04. Kwota wypłaconych świadczeń finansowanych z FUS ⁴⁾	zł. gr.	05. Łączna kwota do potrącenia (p. 01 + p. 02 + p. 03 + p. 04)	zł. gr.	zł. gr.	zł. gr.
SUNY SKŁADEK	Kwota składek na ubezpieczenie emerytalne	Kwota składek na ubezpieczenia rentowe	Suma kwot składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe																																																																																																																																																																				
01.	zł. gr.	zł. gr.	zł. gr.																																																																																																																																																																				
02.	zł. gr.	zł. gr.	zł. gr.																																																																																																																																																																				
03. (p. 01 + p. 02)	zł. gr.	zł. gr.	zł. gr.																																																																																																																																																																				
SUNY SKŁADEK																																																																																																																																																																							
04. ubezpieczonych	zł. gr.	zł. gr.	zł. gr.																																																																																																																																																																				
05. ubezpieczonych	zł. gr.	zł. gr.	zł. gr.																																																																																																																																																																				
06. (p. 04 + p. 05)	zł. gr.	zł. gr.	zł. gr.																																																																																																																																																																				
SKŁADEK FINANSOWANE PRZEZ:																																																																																																																																																																							
07. platnika składek	zł. gr.	zł. gr.	zł. gr.																																																																																																																																																																				
08. platnika składek	zł. gr.	zł. gr.	zł. gr.																																																																																																																																																																				
09. (p. 07 + p. 08)	zł. gr.	zł. gr.	zł. gr.																																																																																																																																																																				
10. budżet państwa	zł. gr.	zł. gr.	zł. gr.																																																																																																																																																																				
11. budżet państwa	zł. gr.	zł. gr.	zł. gr.																																																																																																																																																																				
12. (p. 10 + p. 11)	zł. gr.	zł. gr.	zł. gr.																																																																																																																																																																				
13. PFRON ³⁾	zł. gr.	zł. gr.	zł. gr.																																																																																																																																																																				
14. PFRON ³⁾	zł. gr.	zł. gr.	zł. gr.																																																																																																																																																																				
15. (p. 13 + p. 14)	zł. gr.	zł. gr.	zł. gr.																																																																																																																																																																				
16. Fundusz Kościelny	zł. gr.	zł. gr.	zł. gr.																																																																																																																																																																				
17. Fundusz Kościelny	zł. gr.	zł. gr.	zł. gr.																																																																																																																																																																				
18. (p. 16 + p. 17)	zł. gr.	zł. gr.	zł. gr.																																																																																																																																																																				
SUNY SKŁADEK																																																																																																																																																																							
19. Kwota składek na ubezpieczenie chorobowe	zł. gr.	Kwota składek na ubezpieczenie wypadkowe	zł. gr.																																																																																																																																																																				
20.	zł. gr.	zł. gr.	zł. gr.																																																																																																																																																																				
21. (p. 19 + p. 20)	zł. gr.	zł. gr.	zł. gr.																																																																																																																																																																				
SUNY SKŁADEK																																																																																																																																																																							
22. ubezpieczonych	zł. gr.	23. ubezpieczonych	zł. gr.																																																																																																																																																																				
24. (p. 22 + p. 23)	zł. gr.	zł. gr.	zł. gr.																																																																																																																																																																				
25. platnika składek	zł. gr.	26. platnika składek	zł. gr.																																																																																																																																																																				
27. (p. 25 + p. 26)	zł. gr.	zł. gr.	zł. gr.																																																																																																																																																																				
28. budżet państwa	zł. gr.	29. budżet państwa	zł. gr.																																																																																																																																																																				
30. (p. 28 + p. 29)	zł. gr.	zł. gr.	zł. gr.																																																																																																																																																																				
31. PFRON ³⁾	zł. gr.	32. PFRON ³⁾	zł. gr.																																																																																																																																																																				
33. (p. 31 + p. 32)	zł. gr.	zł. gr.	zł. gr.																																																																																																																																																																				
34. Fundusz Kościelny	zł. gr.	35. Fundusz Kościelny	zł. gr.																																																																																																																																																																				
36. (p. 34 + p. 35)	zł. gr.	zł. gr.	zł. gr.																																																																																																																																																																				
37. Kwota składek na ubezpieczenia społeczne, które powinien przekazać platnik składek (p. 06 + p. 09 + p. 24 + p. 27)																																																																																																																																																																							
V. ZESTAWIENIE WYPEŁACONYCH ŚWIADCZEŃ PODLEGAJĄCYCH ROZLICZENIU W CIĘŻAR SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE <table border="1"> <thead> <tr> <th>01. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego</th> <th>zł. gr.</th> <th>03. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego</th> <th>zł. gr.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>02. Kwota wynagrodzenia należnego platnikowi składek od wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego</td> <td>zł. gr.</td> <td>04. Kwota wypłaconych świadczeń finansowanych z FUS⁴⁾</td> <td>zł. gr.</td> </tr> <tr> <td>05. Łączna kwota do potrącenia (p. 01 + p. 02 + p. 03 + p. 04)</td> <td>zł. gr.</td> <td>zł. gr.</td> <td>zł. gr.</td> </tr> </tbody> </table>				01. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego	zł. gr.	03. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego	zł. gr.	02. Kwota wynagrodzenia należnego platnikowi składek od wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego	zł. gr.	04. Kwota wypłaconych świadczeń finansowanych z FUS ⁴⁾	zł. gr.	05. Łączna kwota do potrącenia (p. 01 + p. 02 + p. 03 + p. 04)	zł. gr.	zł. gr.	zł. gr.																																																																																																																																																								
01. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego	zł. gr.	03. Kwota wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego	zł. gr.																																																																																																																																																																				
02. Kwota wynagrodzenia należnego platnikowi składek od wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego	zł. gr.	04. Kwota wypłaconych świadczeń finansowanych z FUS ⁴⁾	zł. gr.																																																																																																																																																																				
05. Łączna kwota do potrącenia (p. 01 + p. 02 + p. 03 + p. 04)	zł. gr.	zł. gr.	zł. gr.																																																																																																																																																																				

PIT-4R

POLTA

POLA JASNE WYPEŁNIA PLATNIK, POLA CIEMNE WYPEŁNIA URZĄD. WYPEŁNIAĆ DUŻYMI, DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

Składanie w wersji elektronicznej: www.podatki.gov.pl

1. Idenfikator podatkowy NIP platnika ¹⁾	2. Nr dokumentu	3. Status

PIT-4R

DEKLARACJA ROCZNA O ZALICZKACH NA PODATEK DOCHODOWY

4. Rok

za rok podatkowy

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. ²⁾
Składający:	Platnik podatku dochodowego od osób fizycznych.
Terminy składania:	Do końca stycznia roku następującego po roku podatkowym. W przypadku zaprzestania działalności ³⁾ przez platników, o których mowa w art. 32–35, art. 41 i art. 42e ustawy, przed tym terminem — do dnia zaprzestania tej działalności, a w przypadku platnika, o którym mowa w art. 35a ustawy ⁴⁾ , który zaprzestał poboru zaliczek przed tym terminem — do dnia ustanowienia obowiązku poboru tych zaliczek.
Otrzymuje:	Urząd skarbowy według miejsca zamieszkania platnika, a jeżeli platnik nie jest osobą fizyczną, według siedziby bądź miejsca prowadzenia działalności, gdy platnik nie posiada siedziby; w przypadku gdy platnikiem 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 ⁵⁾		
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 checked="" type="checkbox"/> 1. korekta deklaracji, o której mowa w art. 81b § 1a Ordynacji podatkowej ⁶⁾	<input type="checkbox"/> 2. korekta deklaracji, o której mowa w art. 81b § 1a Ordynacji podatkowej ⁶⁾

B. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA

* — dotyczy platnika niebędącego osobą fizyczną	** — dotyczy platnika będącego osobą fizyczną
<input type="checkbox"/> 1. platnik niebędący osobą fizyczną	<input type="checkbox"/> 2. osoba fizyczna
9. Nazwa pełna * / Nazwisko, pierwsze imię, data urodzenia ⁷⁾ **	

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

1. Zaliczki na podatek pobrane przez platników, o których mowa w art. 32 ust. 1 i art. 42e ust. 1 ustawy, od dochodów wymienionych w tych przepisach	I	II	III	IV	V	VI
	10.	11.	12.	13.	14.	15.
	16.	17.	18.	19.	20.	21.
2. Zaliczki pobrane przez platników, o których mowa w art. 33–35 ustawy, od dochodów wymienionych w tych przepisach	VII	VIII	IX	X	XI	XII
	22.	23.	24.	25.	26.	27.
	28.	29.	30.	31.	32.	33.
3. Zaliczki pobrane przez platników, o których mowa w art. 41 ustawy, od świadczeń z tytułu działalności określonej w art. 13 pkt 2 14–9 oraz art. 18 ustawy	I	II	III	IV	V	VI
	34.	35.	36.	37.	38.	39.
	VII	VIII	IX	X	XI	XII
	40.	41.	42.	43.	44.	45.
	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 wplat 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 wplat na Fundusz (PFRON).			
Termin składania:	Do 20 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym zaistniały okoliczności powodujące powstanie obowiązku wplat.			
Adresat:	Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa, tel. (0 22) 620-03-51.			
A. Dane ewidencyjne pracodawcy				
1. Numer w rejestrze PFRON [REDACTED]				
2. REGON	9 pierwszych cyfr	3. NIP	4. PKD	
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	
5. Pełna nazwa pracodawcy				
6. Kod pocztowy	7. Miejscowość	8. Ulica	9. Nr domu	10. Nr lokalu
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
B. Informacje o deklaracji				
11. Okres sprawozdawczy		12. Deklaracja:		
1. Miesiąc [REDACTED]	2. Rok [REDACTED]	<input type="checkbox"/> 1. Zwykła <input type="checkbox"/> 2. Korygująca		
C. Zatrudnienie osób niepełnosprawnych w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy				
Zatrudnienie ogółem	13. [REDACTED]	w tym etatów osób niepełnosprawnych ogółem	14. [REDACTED]	
w tym etatów osób niepełnosprawnych w stopniu:				
znaczonym ze szczególnymi schorzeniami ²	pozostali	umiarkowanym ze szczególnymi schorzeniami ²	pozostali	lekkim
15. [REDACTED]	16. [REDACTED]	17. [REDACTED]	18. [REDACTED]	19. [REDACTED]
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. [REDACTED]				
D. Rozliczenie wplaty				
D1. Obliczenie kwoty należnej wplaty				
Przeciętne wynagrodzenie ³			21. [REDACTED]	
Wpłata należna ⁴			22. [REDACTED]	
Jeżeli otrzymano wartość ujemną – należy wpisać zero			0,4065 * poz. 21 * poz. 20	

DEK-I-0 1₂

¹ W przypadku składania deklaracji DEK-I-0 po raz pierwszy oraz w przypadku zmian danych ewidencyjnych dodaje się również deklarację DEK-Z.

² O których mowa w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 września 1998 r. w sprawie rodzajów schorzeń uzasadniających obronne wskaznika

zatrudnienia osób niepełnosprawnych oraz sposobu jego obrabiania (Dz.U. Nr 124, poz. 820 i Nr 127, poz. 843).

³ 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 emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. Nr 162, poz. 1116, z 1999 r. Nr 38, poz. 380, Nr 70, poz. 774, Nr 72, poz. 801 i 802 i Nr 108, poz. 1215, z 2000 r. Nr 2, poz. 28, Nr 9, poz. 118, Nr 19, poz. 238, Nr 56, poz. 678 i Nr 84, poz. 948 oraz z 2001 r. Nr 8, poz. 84 i Nr 27, poz. 298).

⁴ Na podstawie art. 21 ust. 1 ustawy.

D2. Obniżenie wpłaty na podstawie art. 22 ustawy		<i>Wypełnia pracodawca korzystający z obniżenia wpłaty na PFRON</i>
Kwota obniżenia wykorzystana w danym miesiącu § poz. 22		Kwota należności po obniżeniu wpłaty poz. 22 – poz. 23
23.	24. 	
D3. Pozostała kwota obniżenia wpłat		
Kwota obniżenia do wykorzystania w przyszłym okresie		25. 
w tym kwota obniżenia nabyta przed 1 stycznia 1999 r. ⁵		26. 
D4. Złagodzenie obowiązku wpłat⁶ <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 § poz. 24
<input type="checkbox"/> 1. Decyzja Prezesa Zarządu PFRON	28.	29. 
<input type="checkbox"/> 2. Decyzja Ministra Pracy i Polityki Społecznej		
<input type="checkbox"/> 3. Inna		
D5. Należna wpłata		
Kwota należna do zapłaty poz. 24 – poz. 29	30. 	

E. Uwagi



Pouczenie: W przypadku niewplacenia w obowiązującym terminie kwoty z poz. 30 lub wpłacenia jej w niepełnej wysokości niniejsza deklaracja stanowi podstawa 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).

INFORMACJA UZUPEŁNIAJĄCA**F. Zatrudnienie osób niepełnosprawnych**

Zatrudnienie ogółem	31. 	w tym osób niepełnosprawnych ogółem	32. 
w tym osób niepełnosprawnych w stopniu:			
znacznym ze szczególnymi schorzeniami ⁷	33. 	pozostali	34. 
umiarkowanym ze szczególnymi schorzeniami ⁷	35. 	pozostali	36. 
lekkim	37. 		

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

38. Data wypełnienia deklaracji

39. Podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej

G. Adnotacje

DEK-I-0 | 2/2

⁴ Na podstawie rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 30 września 1991 r. w sprawie szczegółowych zasad obniżania wpłat zakładów pracy na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz.U. Nr 88, poz. 401).

⁵ 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. 868, z 1999 r. Nr 11, poz. 95 i Nr 92, poz. 1082, z 2000 r. Nr 94, poz. 1037, Nr 116, poz. 1218, 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).