

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PŁATNIKA SKŁADEK

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS	RPA	strona: 1	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O PRZYCHODACH UBEZPIECZONEGO/OKRESACH PRACY NAUCZYCIELSKIEJ	
I. DANE ORGANIZACYJNE					
01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr)					
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK					
01. Numer NIP (wpisać bez kresek)		02. Numer REGON			
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 / rrrr)	

III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ					
01. Nazwisko					
02. Imię pierwsze				03. Typ	04. Identyfikator
05. Kod tytułu ubezpieczenia					

III. B. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, ALE NALEŻNEGO ZA INNY ROK KALENDARZOWY, KTÓRY STANOWIŁ PODSTAWĘ WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE					
01. Przychód za rok		02. Kwota			
		zł, gr			
03. Przychód za rok		04. Kwota			
		zł, gr			
05. Przychód za rok		06. Kwota			
		zł, gr			

III. C. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, ALE NALEŻNEGO ZA INNY ROK KALENDARZOWY, KTÓRY STANOWIŁ PODSTAWĘ WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE WYPADKOWE					
01. Przychód za rok		02. Kwota			
		zł, gr			
03. Przychód za rok		04. Kwota			
		zł, gr			
05. Przychód za rok		06. Kwota			
		zł, gr			

III. D. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, OBOK WYNAGRODZENIA ZA CZAS NIEZDOLNOŚCI DO PRACY, ZASIŁKU CHOROBOWEGO, MACIERZYŃSKIEGO, OPIEKUŃCZEGO, ŚWIADCZENIA REHABILITACYJNEGO, KTÓRY W OKRESIE POBIERANIA TEGO WYNAGRODZENIA LUB ZASIŁKU NIE STANOWIŁ PODSTAWY WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE					
01. Kwota					
zł, gr					

III. E. KWOTA PRZYCHODU WYPŁACONEGO W DANYM MIESIĄCU, OBOK WYNAGRODZENIA ZA CZAS NIEZDOLNOŚCI DO PRACY, ZASIŁKU CHOROBOWEGO, MACIERZYŃSKIEGO, OPIEKUŃCZEGO, ŚWIADCZENIA REHABILITACYJNEGO, KTÓRY W OKRESIE POBIERANIA TEGO WYNAGRODZENIA LUB ZASIŁKU NIE STANOWIŁ PODSTAWY WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA EMERYTALNE I RENTOWE I KTÓRY JEST NALEŻNY ZA INNY ROK KALENDARZOWY					
01. Przychód za rok		02. Kwota			
		zł, gr			
03. Przychód za rok		04. Kwota			
		zł, gr			
05. Przychód za rok		06. Kwota			
		zł, gr			

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

III. F. OKRESY WYKONYWANIA PRACY NAUCZYCIELSKIEJ²⁾

01. Okres od (dd / mm / rrrr)

02. Okres do (dd / mm / rrrr)

03. Wymiar zajęć

04. Okres od (dd / mm / rrrr)

05. Okres do (dd / mm / rrrr)

06. Wymiar zajęć

IV. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA 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 zatajenia prawdy.

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

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

²⁾ Okres wykonywania pracy nauczycielskiej w placówkach, o których mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 22 maja 2009 r. o nauczycielskich świadczeniach kompensacyjnych (Dz.U. z 2018 r. poz. 128).