

IV A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko _____

02. Imię pierwsze _____ 03. Typ _____ 04. Identyfikator _____

IV B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia _____ 02. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe _____ 03. Wymiar czasu pracy _____

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBOWE	WYPADKOWE
04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	_____ zł, _____ gr	_____ zł, _____ gr	05. _____ zł, _____ gr	06. _____ zł, _____ gr
SKŁADKA FINANSOWANA PRZEZ:				
ubezpieczonego	07. _____ zł, _____ gr	08. _____ zł, _____ gr	09. _____ zł, _____ gr	10. _____ zł, _____ gr
płatnika składek	11. _____ zł, _____ gr	12. _____ zł, _____ gr	13. _____ zł, _____ gr	14. _____ zł, _____ gr
budżet państwa	15. _____ zł, _____ gr	16. _____ zł, _____ gr	17. _____ zł, _____ gr	18. _____ zł, _____ gr
PFRON ²⁾	19. _____ zł, _____ gr	20. _____ zł, _____ gr	21. _____ zł, _____ gr	22. _____ zł, _____ gr
Fundusz Kościelny	23. _____ zł, _____ gr	24. _____ zł, _____ gr	25. _____ zł, _____ gr	26. _____ zł, _____ gr

27. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składki w ramach pracowniczego programu emerytalnego _____ zł, _____ gr

28. Kwota wpłaty w ramach pracowniczego planu kapitałowego finansowana przez płatnika składek _____ zł, _____ gr

29. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.26) _____ zł, _____ gr

IV C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Podstawa wymiaru składki _____ zł, _____ gr

02. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika składek³⁾ _____ zł, _____ gr

03. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS _____ zł, _____ gr

04. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego _____ zł, _____ gr

05. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny _____ zł, _____ gr

IV D. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA⁴⁾

01. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego _____ zł, _____ gr

02. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego _____ zł, _____ gr

03. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego _____ zł, _____ gr

04. Łączna kwota wypłaconych zasiłków (p.01 + p.02 + p.03) _____ zł, _____ gr

V. 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 zatajenie prawdy.

02. Podpis płatnika składek lub osoby upoważnionej _____

03. Pieczętka płatnika składek _____

VI. 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 raporcie za ten okres, złożonym nie później niż w dniu 30 czerwca 2008 r.
³⁾ W tym polu należy także wykazać kwotę składki finansowaną z budżetu państwa, jeśli dotację otrzymuje płatnik składek.
⁴⁾ Blok ten 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.

IV - DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ