PŁATNIK WYPEŁNIA TYLKO POLA **JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH** KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM. PRZED WYPEŁNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH | ZUS RCA | strona: 1

RAPORT IMIENNY DLA PŁATNIKÓW UPRAWNIONYCH DO WYPŁATY ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA CHOROBOWEGO

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr) [1]

02. Numer kartki raportu RCA

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. **NIP** (wpisać bez kresek)

02. REGON

03. PESEL

INNY NUMER
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

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. **Typ** [1] 04. **Identyfikator**

III. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE I UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia [1]

02. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe [1]

03. Wymiar czasu pracy /

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBOWE I WYPADKOWE	ZDROWOTNE
PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	04. zł, gr		05. zł, gr	06. zł, gr
KWOTA SKŁADKI FINANSOWANA PRZEZ:	07. Ubezpieczonego zł, gr	08. Ubezpieczonego zł, gr	KWOTA SKŁADKI NA: 09. Ubezpieczenie chorobowe zł, gr	KWOTA SKŁADKI NA: 10. Ubezpieczenie zdrowotne zł, gr
	11. Płatnika zł, gr	12. Płatnika zł, gr	13. Ubezpieczenie wypadkowe zł, gr	

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

15. Łączna kwota składek (p.07 ÷ p.13) zł, gr

III. C. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA

01. Liczba osób, na które wypłacany jest zasiłek rodzinny

02. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego zł, gr

03. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego zł, gr

04. Liczba osób, na które wypłacany jest zasiłek pielęgnacyjny

05. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego zł, gr

06. Łączna kwota wypłaconych zasiłków (p.02 + p.03 + p.05) zł, gr

IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

IV. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. **Typ** [1] 04. **Identyfikator**

IV. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE I UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia [1]

02. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe [1]

03. Wymiar czasu pracy /

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBOWE I WYPADKOWE	ZDROWOTNE
PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	04. zł, gr		05. zł, gr	06. zł, gr
KWOTA SKŁADKI FINANSOWANA PRZEZ:	07. Ubezpieczonego zł, gr	08. Ubezpieczonego zł, gr	KWOTA SKŁADKI NA: 09. Ubezpieczenie chorobowe zł, gr	KWOTA SKŁADKI NA: 10. Ubezpieczenie zdrowotne zł, gr
	11. Płatnika zł, gr	12. Płatnika zł, gr	13. Ubezpieczenie wypadkowe zł, gr	

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

15. Łączna kwota składek (p.07 ÷ p.13) zł, gr

IV. C. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA

01. Liczba osób, na które wypłacany jest zasiłek rodzinny

02. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego zł, gr

03. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego zł, gr

04. Liczba osób, na które wypłacany jest zasiłek pielęgnacyjny

05. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego zł, gr

06. Łączna kwota wypłaconych zasiłków (p.02 + p.03 + p.05) zł, gr

03. Suma kwot na stronie (p. III.B.15 + p. III.C.06 + p. IV.B.15 + p. IV.C.06) zł, gr

wzór wzór wzór

PŁATNIK WYPEŁNIA TYLKO POLA **JASNE W WYZNACZONYCH KRATKACH** KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM. PRZED WYPEŁNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z OBJAŚNIENIAMI

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS RCA	strona: 2	**RAPORT IMIENNY DLA PŁATNIKÓW UPRAWNIONYCH DO WYPŁATY ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA CHOROBOWEGO**

V. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

V. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ[1] 04. Identyfikator

V. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE I UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia[1]

02. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe[1]

03. Wymiar czasu pracy /

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBOWE I WYPADKOWE	ZDROWOTNE
PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	04. zł, gr		05. zł, gr	06. zł, gr
KWOTA SKŁADKI FINANSOWANA PRZEZ:	07. Ubezpieczonego zł, gr	08. Ubezpieczonego zł, gr	KWOTA SKŁADKI NA: 09. Ubezpieczenie chorobowe zł, gr	KWOTA SKŁADKI NA: 10. Ubezpieczenie zdrowotne zł, gr
	11. Płatnika zł, gr	12. Płatnika zł, gr	13. Ubezpieczenie wypadkowe zł, gr	

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

15. Łączna kwota składek (p.07 ÷ p.13) zł, gr

V. C. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA

01. Liczba osób, na które wypłacany jest zasiłek rodzinny

02. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego zł, gr

03. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego zł, gr

04. Liczba osób, na które wypłacany jest zasiłek pielęgnacyjny

05. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego zł, gr

06. Łączna kwota wypłaconych zasiłków (p.02 + p.03 + p.05) zł, gr

VI. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

VI. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ[1] 04. Identyfikator

VI. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE I UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia[1]

02. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe[1]

03. Wymiar czasu pracy /

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBOWE I WYPADKOWE	ZDROWOTNE
PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	04. zł, gr		05. zł, gr	06. zł, gr
KWOTA SKŁADKI FINANSOWANA PRZEZ:	07. Ubezpieczonego zł, gr	08. Ubezpieczonego zł, gr	KWOTA SKŁADKI NA: 09. Ubezpieczenie chorobowe zł, gr	KWOTA SKŁADKI NA: 10. Ubezpieczenie zdrowotne zł, gr
	11. Płatnika zł, gr	12. Płatnika zł, gr	13. Ubezpieczenie wypadkowe zł, gr	

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

15. Łączna kwota składek (p.07 ÷ p.13) zł, gr

VI. C. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA

01. Liczba osób, na które wypłacany jest zasiłek rodzinny

02. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego zł, gr

03. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego zł, gr

04. Liczba osób, na które wypłacany jest zasiłek pielęgnacyjny

05. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego zł, gr

06. Łączna kwota wypłaconych zasiłków (p.02 + p.03 + p.05) zł, gr

04. Suma kwot na stronie (p. V.B.15 + p. V.C.06 + p. VI.B.15 + p. VI.C.06) zł, gr

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(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczątka imienna oraz podpis Głównego Księgowego

04. Pieczątka płatnika

VIII. ADNOTACJE ZUS

1) Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji.

wzór wzór wzór