

Nazwa kwalifikacji: **Rozliczanie wynagrodzeń i danin publicznych**

Oznaczenie kwalifikacji: **A.65**

Numer zadania: **01**

*Arkusze zawiera informacje prawnie chronione
do momentu rozpoczęcia egzaminu*

Miejsce na naklejkę
z numerem PESEL i z kodem
ośrodka

Wypełnia zdający

Numer PESEL zdającego*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

A.65-01-13.10

Czas trwania egzaminu: **180 minut**

**EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE
Rok 2013
CZĘŚĆ PRAKTYCZNA**

Układ graficzny © CKE 2013

Instrukcja dla zdającego

1. Na pierwszej stronie arkusza egzaminacyjnego wpisz w oznaczonym miejscu swój numer PESEL i naklej naklejkę z numerem PESEL i z kodem ośrodka.
2. Na KARCIE OCENY w oznaczonym miejscu przyklej naklejkę z numerem PESEL oraz wpisz:
 - swój numer PESEL*,
 - symbol cyfrowy zawodu,
 - oznaczenie kwalifikacji,
 - numer zadania,
 - numer stanowiska.
3. KARTĘ OCENY przekaz zespołowi nadzorującemu część praktyczną egzaminu.
4. Sprawdź, czy arkusz egzaminacyjny zawiera : stron i nie zawiera błędów. Ewentualny brak stron lub inne usterki zgłoś przez podniesienie ręki przewodniczącemu zespołu nadzorującego część praktyczną egzaminu.
5. Zapoznaj się z treścią zadania oraz stanowiskiem egzaminacyjnym. Masz na to 10 minut. Czas ten nie jest wliczany do czasu trwania egzaminu.
6. Czas rozpoczęcia i zakończenia pracy zapisze w widocznym miejscu przewodniczący zespołu nadzorującego.
7. Wykonaj samodzielnie zadanie egzaminacyjne. Przestrzegaj zasad bezpieczeństwa i organizacji pracy.
8. Jeżeli w zadaniu egzaminacyjnym występuje polecenie „zgłoś gotowość do oceny przez podniesienie ręki”, to zastosuj się do polecenia i poczekaj na decyzję przewodniczącego zespołu nadzorującego.
9. Po zakończeniu wykonania zadania pozostaw rezultaty oraz arkusz egzaminacyjny na swoim stanowisku lub w miejscu wskazanym przez przewodniczącego zespołu nadzorującego.
10. Po uzyskaniu zgody zespołu nadzorującego możesz opuścić salę/miejsce przeprowadzania egzaminu.

Powodzenia!

* w przypadku braku numeru PESEL – seria i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość

Zadanie egzaminacyjne

Wykonaj prace dla Hurtowni Elektrycznej Jan Gawlik:

- sporządź w programie kadrowo-płacowym i wydrukuj umowę o pracę Karola Myrcika,
- sporządź i wydrukuj listę płac pracownika za wrzesień 2013 r.,
- sporządź *Zgłoszenie do ubezpieczeń ZUS ZUA* i *Imienny raport miesięczny ZUS RCA* Karola Myrcika - potrzebne druki do sporządzenia dokumentów ZUS ZUA i ZUS RCA znajdziesz w arkuszu egzaminacyjnym,
- sporządź i wydrukuj deklarację podatkową PIT 11 – informacje o dochodach oraz o pobranych zaliczkach na podatek dochodowy za rok 2013 pracownika (miesiąc wrzesień należy traktować jako pełny rok obrachunkowy).

Wykonaj zadanie na stanowisku egzaminacyjnym, na którym znajduje się komputer z oprogramowaniem kadrowo-płacowym oraz niezbędne materiały biurowe.

Prace z programem kadrowo-płacowym rozpocznij od:

- wprowadzenia danych identyfikacyjnych Hurtowni Elektrycznej Jan Gawlik,
- wprowadzenia swojego numeru PESEL pod nazwą Hurtowni Elektrycznej Jan Gawlik,
- wprowadzenia danych pracownika Karola Myrcika do ewidencji osobowej.

Dane identyfikacyjne Hurtowni Elektrycznej Jan Gawlik

Nazwa pełna	Hurtownia Elektryczna Jan Gawlik
Nazwa skrócona	Jan Gawlik
Adres siedziby	41- 800 Zabrze, ul. Mickiewicza 12, powiat Zabrze, woj. śląskie
NIP	852-060-03-31
REGON	357543741
Nazwa banku i numer rachunku bankowego	Nazwa: rachunek firmowy Numer konta: 47 1240 4849 1111 0000 5343 4757 Bank: PEKAO O. w Zabrzu
Urząd Skarbowy	Symbol :1, Urząd Skarbowy w Zabrzu, 41-800 Zabrze, ul. Bytomska 2, kod US 2433
Forma prawna	Jednoosobowa działalność gospodarcza
Osoba fizyczna do deklaracji/ właściciel	Jan Gawlik Ur. 03-02-1959 w Krakowie PESEL 59020308337 NIP: 852-060-03-31 Dowód osobisty ALG 356137 Zamieszkały: 41-800 Zabrze, ul. Dworcowa 7 Udział w firmie 100%
Typ prowadzonej działalności	Pozarolnicza działalność gospodarcza
Rodzaj prowadzonej działalności	Działalność handlowa
Rok rozpoczęcia pracy	2013
Miesiąc pierwszej wypłaty	wrzesień 2013 r.
Termin wypłaty wynagrodzeń	Ostatni dzień miesiąca
ZUS zasiłki wypłacane	ZUS
Dzień przekazania składek ZUS	15 dzień następnego miesiąca
Imię i nazwisko szefa	Jan Gawlik Identyfikator: JG

Informacje o Hurtowni Elektrycznej Jan Gawlik.

- Jan Gawlik, właściciel Hurtowni Elektrycznej w Zabrzu, zatrudnił od 01.09.2013 r. na podstawie umowy o pracę magazyniera Karola Myrcika.
- Wynagrodzenie zasadnicze pracownika wynosi 2 500 zł.
- Stopa procentowa ubezpieczenia wypadkowego 1,93%.

Informacja dotyczące pracownika Karola Myrcika

Dane osobowe	Karol Myrcik, ur. 10-06-1984 w Zabrze Filar ZUS : I i II filar Stan cywilny: żonaty Obywatelstwo: polskie Rodzice: Jan- nazwisko rodowe Myrcik, Marta- nazwisko rodowe Kawka NIP: 645-242-11-40 PESEL 84061003046 Dokument tożsamości: Dowód osobisty nr AGB 189645 wyd. 16.01.2005 r. przez Burmistrza Zabrze.
Adres zamieszkania i zameldowania	41-800 Zabrze, ul. Karpacka 13, Powiat/Gmina Zabrze woj. śląskie
Rachunek bankowy	Numer konta: 36 1050 1214 1000 0023 2919 4209 Bank: INGBSK O. w Katowicach
Dane ubezpieczeniowe i rozliczeniowe	Tytuł ubezpieczenia 0110 00 Urząd Skarbowy: symbol: 2, Urząd Skarbowy w Zabrze, 41-800 Zabrze, ul. Bytomska 2, kod US 2433 NFZ 12R
Wykształcenie	średnie zawodowe/techniczne; zawód wyuczony: technik logistyk
Dane do umowy o pracę	Umowa o pracę od 1.09.2013 r. Zestaw płacowy: Robotnicy Umowa na czas nieokreślony Wymiar zatrudnienia: pełny etat Dział: magazyn Stanowisko: magazynier/pracownik fizyczny Wynagrodzenie zasadnicze: 2 500 zł Tytuł ubezpieczenia 0110 00 Generowany raport: ZUS RCA Wykonywany zawód: 413103 magazynier Naliczaj składki ZUS: emerytalne, rentowe, chorobowe, wypadkowe, zdrowotne, FP, FGŚP Treść umowy: umowa o pracę.

Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 180 minut.

Ocenie podlegać będzie 5 rezultatów:

- Umowa o pracę Karola Myrcika - wydruk z programu kadrowo-płacowego;
- Lista płac pracownika za wrzesień 2013 r. - wydruk z programu kadrowo-płacowego;
- Sporządzone *Zgłoszenie do ubezpieczeń ZUS ZUA* Karola Myrcika - wypełniony druk w arkuszu egzaminacyjnym;
- Sporządzony *Imienny raport miesięczny ZUS RCA* Karola Myrcika za wrzesień 2013 r.- wypełniony druk w arkuszu egzaminacyjnym – *pamiętaj, że formularz ZUS RCA przeznaczony jest dla 4 ubezpieczonych*;
- Deklaracja PIT 11 - informacja o dochodach oraz o pobranych zaliczkach na podatek dochodowy za rok 2013 pracownika - wydruk z programu kadrowo-płacowego.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZUA	strona: 1	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ
I. DANE ORGANIZACYJNE			
01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ (jeśli TAK, wpisać X)		02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych) ¹⁾	
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)		04. Nalepka „R”	
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK			
01. Numer NIP (wpisać bez kresek)		02. Numer REGON	
03. Numer PESEL ²⁾		05. Seria i numer dokumentu	
06. Nazwa skrócona		04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2	
07. Nazwisko			
08. Imię pierwsze		09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ			
01. Numer PESEL ²⁾		02. Numer NIP (wpisać bez kresek)	
05. Nazwisko		03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)	
06. Imię pierwsze		04. Seria i numer dokumentu	
		07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ			
01. Imię drugie			
02. Nazwisko rodowe			
03. Obywatelstwo			
04. Płeć (wpisać: K - kobieta, M - mężczyzna)			
V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA			
01. Kod tytułu ubezpieczenia ³⁾			
VI. DANE O OBOWIĄZKOWYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH			
01. Data powstania obowiązku ubezpieczeń (dd / mm / rrrr)		Osoba zgłaszana podlega ubezpieczeniom: (wpisać X w odpowiednim polu)	
		02. Emerytalnemu	
		04. Chorobowemu	
		03. Rentowym	
		05. Wypadkowemu	
VII. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM			
01. Data powstania obowiązku ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)		02. Kod oddziału NFZ	
VIII. DANE O DOBROWOLNYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH			
Wnoszę o objęcie ubezpieczeniami: (wpisać X w odpowiednim polu)			
01. Emerytalnym		03. Rentowymi	
02. Od dnia (dd / mm / rrrr)		04. Od dnia (dd / mm / rrrr)	
		05. Chorobowym	
		06. Od dnia (dd / mm / rrrr)	
IX. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM			
01. Data rozpoczęcia ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)		02. Kod oddziału NFZ	
X. INNE DANE O OSOBIE ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ⁴⁾			
01. Kod wykonywanego zawodu		02. Kod pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze	
		03. Okres pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze (dd / mm / rrrr)	

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS	ZUA	strona: 2	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ
-----------------------------------	-----	-----	-----------	---

XI. ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU

01. Kod pocztowy	02. Miejscowość
03. Gmina / Dzielnica	
04. Ulica	
05. Numer domu	06. Numer lokalu
07. Numer telefonu	08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

XII. ADRES ZAMIESZKANIA (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu)

01. Kod pocztowy	02. Miejscowość
03. Gmina / Dzielnica	
04. Ulica	
05. Numer domu	06. Numer lokalu
07. Numer telefonu	08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

XIII. ADRES DO KORESPONDENCJI (wpisać, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu lub adres zamieszkania)

01. Kod pocztowy	02. Miejscowość
03. Ulica	
04. Numer domu	05. Numer lokalu
06. Skrytka pocztowa	07. Numer telefonu
08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)	
09. Adres poczty elektronicznej	

XIV. OŚWIADCZENIE PLATNIKA 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 lub osoby upoważnionej
03. Pieczęć płatnika

XV. OŚWIADCZENIE OSOBY ZGŁASZANEJ / ZGŁOSZONEJ DO UBEZPIECZENIA

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

01. Podpis osoby zgłaszanej / zgłoszonej do ubezpieczenia

XVI. ADNOTACJE ZUS

¹⁾W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZIUA.
²⁾Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.
³⁾Dla określonego kodu tytułu ubezpieczenia należy wypełnić formularz ZUS ZAA.
⁴⁾Blok X. wypełnia się w celu zgłoszenia / korekty danych dotyczących okresu sprzed 1 stycznia 2009 r.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS RCA	strona: 1	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH I WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH
--------------------------------	---------	-----------	---

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 PESEL¹⁾

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)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

III. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ 04. Identyfikator

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia

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

03. Wymiar czasu pracy

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBY I WYPADKOWE	ZDROWOTNE
04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI			05.	06.
	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr
07. Ubezpieczonego	08. Ubezpieczonego	09. Ubezpieczenie chorobowe	10. Ubezpieczenie zdrowotne	
zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr	
11. Płatnika	12. Płatnika	13. Ubezpieczenie wypadkowe		
zł, gr	zł, gr	zł, gr		
14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego	zł, gr	15. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13)	zł, gr	

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

III. C. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA²⁾

01. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego

02. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego

03. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego

04. Łączna kwota wypłaconych zasiłku (p.01 + p.02 + p.03)

IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ 04. Identyfikator

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia

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

03. Wymiar czasu pracy

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBY I WYPADKOWE	ZDROWOTNE
04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI			05.	06.
	zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr
07. Ubezpieczonego	08. Ubezpieczonego	09. Ubezpieczenie chorobowe	10. Ubezpieczenie zdrowotne	
zł, gr	zł, gr	zł, gr	zł, gr	
11. Płatnika	12. Płatnika	13. Ubezpieczenie wypadkowe		
zł, gr	zł, gr	zł, gr		
14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego	zł, gr	15. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13)	zł, gr	

IV. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

IV. C. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA²⁾

01. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego

02. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego

03. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego

04. Łączna kwota wypłaconych zasiłku (p.01 + p.02 + p.03)

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS	RCA	strona: 2	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH I WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH
-----------------------------------	-----	-----	-----------	--

V. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

02. Imię pierwsze

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

03. Typ

04. Identyfikator

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

03. Wymiar czasu pracy

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBY I WYPADKOWE	ZDROWOTNE
---------------	------------	---------	---------------------	-----------

04.	zł, gr		05.	zł, gr		06.	zł, gr	
-----	--------	--	-----	--------	--	-----	--------	--

07. Ubezpieczonego	zł, gr		08. Ubezpieczonego	zł, gr		09. Ubezpieczenie chorobowe	zł, gr		10. Ubezpieczenie zdrowotne	zł, gr	
--------------------	--------	--	--------------------	--------	--	-----------------------------	--------	--	-----------------------------	--------	--

11. Płatnika	zł, gr		12. Płatnika	zł, gr		13. Ubezpieczenie wypadkowe	zł, gr	
--------------	--------	--	--------------	--------	--	-----------------------------	--------	--

KWOTA SKŁADKI FINANSOWANA PRZEZ:		KWOTA SKŁADKI NA:		KWOTA SKŁADKI NA:	
----------------------------------	--	-------------------	--	-------------------	--

14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego		zł, gr		15. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13)		zł, gr	
---	--	--------	--	--	--	--------	--

V. C. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA²⁾

01. Kwota wypłaconego
zasilku rodzinnego

zł, gr	
--------	--

02. Kwota
wypłaconego zasilku
wychowawczego

zł, gr	
--------	--

03. Kwota wypłaconego
zasilku pielęgnacyjnego

zł, gr	
--------	--

04. Łączna kwota
wypłaconych zasilku
(p.01 + p.02 + p.03)

zł, gr	
--------	--

VI. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

02. Imię pierwsze

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

03. Typ

04. Identyfikator

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

03. Wymiar czasu pracy

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBY I WYPADKOWE	ZDROWOTNE
---------------	------------	---------	---------------------	-----------

04.	zł, gr		05.	zł, gr		06.	zł, gr	
-----	--------	--	-----	--------	--	-----	--------	--

07. Ubezpieczonego	zł, gr		08. Ubezpieczonego	zł, gr		09. Ubezpieczenie chorobowe	zł, gr		10. Ubezpieczenie zdrowotne	zł, gr	
--------------------	--------	--	--------------------	--------	--	-----------------------------	--------	--	-----------------------------	--------	--

11. Płatnika	zł, gr		12. Płatnika	zł, gr		13. Ubezpieczenie wypadkowe	zł, gr	
--------------	--------	--	--------------	--------	--	-----------------------------	--------	--

KWOTA SKŁADKI FINANSOWANA PRZEZ:		KWOTA SKŁADKI NA:		KWOTA SKŁADKI NA:	
----------------------------------	--	-------------------	--	-------------------	--

14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego		zł, gr		15. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13)		zł, gr	
---	--	--------	--	--	--	--------	--

VI. C. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA²⁾

01. Kwota wypłaconego
zasilku rodzinnego

zł, gr	
--------	--

02. Kwota
wypłaconego zasilku
wychowawczego

zł, gr	
--------	--

03. Kwota wypłaconego
zasilku pielęgnacyjnego

zł, gr	
--------	--

04. Łączna kwota
wypłaconych zasilku
(p.01 + p.02 + p.03)

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(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

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

VIII. ADNOTACJE ZUS

1) Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.
2) 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.

