

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) ¹⁾	02. Numer kartki raportu RCA
---	------------------------------

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

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

III. C. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA

01. Liczba osób, na które wypłacany jest zasiłek rodzinny	02. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego	03. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego
04. Liczba osób, na które wypłacany jest zasiłek pielęgnacyjny	05. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego	06. Łączna kwota wypłaconych zasiłków (p.02 + p.03 + p.05)

IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE 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	CHOROBY I WYPADKOWE	ZDROWOTNE
PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	04.		05.	06.
KWOTA SKŁADKI FINANSOWANA PRZEZ:	07. Ubezpieczonego	08. Ubezpieczonego	09. Ubezpieczenie chorobowe	10. Ubezpieczenie zdrowotne
	11. Płatnika	12. Płatnika	13. Ubezpieczenie wypadkowe	
14. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego		15. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.13)		

IV. C. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA

01. Liczba osób, na które wypłacany jest zasiłek rodzinny	02. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego	03. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego
04. Liczba osób, na które wypłacany jest zasiłek pielęgnacyjny	05. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego	06. Łączna kwota wypłaconych zasiłków (p.02 + p.03 + p.05)

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

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. Typ¹⁾

04. Identyfikator

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia¹⁾

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

03. Wymiar czasu pracy

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBY I WYPADKOWE	ZDROWOTNE
PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	04.		05.	06.
		zł, gr		zł, gr
KWOTA SKŁADKI FINANSOWANA PRZEZ:	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

15. Łączna kwota składek
(suma od p.07 do p.13)

V. C. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA

01. Liczba osób,
na które wypłacany
jest zasiłek rodzinny

02. Kwota wypłaconego
zasiłku rodzinnego

03. Kwota
wypłaconego zasiłku
wychowawczego

04. Liczba osób,
na które wypłacany jest
zasiłek pielęgnacyjny

05. Kwota wypłaconego
zasiłku pielęgnacyjnego

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

VI. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ¹⁾

04. Identyfikator

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

01. Kod tytułu ubezpieczenia¹⁾

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

03. Wymiar czasu pracy

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBY I WYPADKOWE	ZDROWOTNE
PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	04.		05.	06.
		zł, gr		zł, gr
KWOTA SKŁADKI FINANSOWANA PRZEZ:	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

15. Łączna kwota składek
(suma od p.07 do p.13)

VI. C. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA

01. Liczba osób,
na które wypłacany
jest zasiłek rodzinny

02. Kwota wypłaconego
zasiłku rodzinnego

03. Kwota
wypłaconego zasiłku
wychowawczego

04. Liczba osób,
na które wypłacany jest
zasiłek pielęgnacyjny

05. Kwota wypłaconego
zasiłku pielęgnacyjnego

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

04. Suma kwot na stronie

(p. V.B.15 + p. V.C.06 + p. VI.B.15 + p. VI.C.06)

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. Pieczętka imienna oraz podpis Głównego Księgowego

04. Pieczętka płatnika

VIII. ADNOTACJE ZUS

¹⁾ Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji.