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 RNA | strona: 1

RAPORT IMIENNY DLA PŁATNIKÓW NIE UPRAWNIONYCH DO WYPŁATY ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA CHOROBOWEGO

I. DANE ORGANIZACYJNE

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

02. Numer kartki raportu RNA

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)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

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	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

III. D. ZESTAWIENIE SKŁADNIKÓW WYNAGRODZENIA

01. Liczba dni przepracowanych

02. Liczba dni wynikających z obowiązku pracy

Kod składnika	04. Okres **od** (dd / mm / rrrr)	05. Okres **do** (dd / mm / rrrr)	06. Kwota
03.			zł, gr
07.	08.	09.	10. zł, gr
11.	12.	13.	14. zł, gr
15.	16.	17.	18. zł, gr
19.	20.	21.	22. zł, gr
23.	24.	25.	26. zł, gr
27.	28	29.	30. zł, gr
31.	32.	33.	34. zł, gr
35.	36.	37.	38. zł, gr
39.	40.	41.	42. zł, gr

43. Suma kwot (p.06 + p.10 + + p.14 + p.18 + p.22 + p.26 + + p.30 + p.34 + p.38 + p.42) zł, gr

03. Suma kwot na stronie (p.III.B.15 + p.III.C.06 + p.III.D.43) zł, gr

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór 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 RNA	strona: 2	**RAPORT IMIENNY DLA PŁATNIKÓW NIE UPRAWNIONYCH DO WYPŁATY ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA CHOROBOWEGO**

IV. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

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	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

IV. D. ZESTAWIENIE SKŁADNIKÓW WYNAGRODZENIA

01. Liczba dni przepracowanych

02. Liczba dni wynikających z obowiązku pracy

Kod składnika	04. Okres **od** (dd / mm / rrrr)	05. Okres **do** (dd / mm / rrrr)	06. Kwota
03.			zł, gr
07.	08.	09.	10. zł, gr
11.	12.	13.	14. zł, gr
15.	16.	17.	18. zł, gr
19.	20.	21.	22. zł, gr
23.	24.	25.	26. zł, gr
27.	28	29.	30. zł, gr
31.	32.	33.	34. zł, gr
35.	36.	37.	38. zł, gr
39.	40.	41.	42. zł, gr

04. Suma kwot na stronie (p.IV.B.15 + p.IV.C.06 + p.IV.D.43) zł, gr

43. Suma kwot (p.06 + p.10 + + p.14 + p.18 + p.22 + p.26 + + p.30 + p.34 + p.38 + p.42) 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(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

VI. ADNOTACJE ZUS

1) Wpisać odpowiedni kod podany w instrukcji.

wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór wzór