

Uwaga! Wypełniać zgodnie z instrukcją Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

Deklaracja rozliczeniowa za m-c 199..... r.

a) Nazwa i adres zakładu pracy (pieczęć) lub nazwisko i imię właściciela zakładu i adres	b) Konto zakładu pracy	wZUS NKP w banku nr rachunku
--	------------------------	---

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Oddział w

Część Ia. Obliczenie składek oraz wypłaconych zasiłków

Nr REGONU	Nr EKD
-----------	--------

Lp.	Zatrudniony nazwisko i imię PESEL	Wymiar czasu pracy	Obliczenie składek (do pełnego grosza)									Kwota wypłaconych zasiłków rodzin- nych i pielęgn- acyjnych		
			Podstawa wymiaru (dochód w gotówce i w naturze z kosztami uzyskania i podatkiem)	na ubezpieczenie społeczne			na Fundusz Pracy			na Fundusz Gwarant. Świadczeń Pracowniczych				
				stopa %	Kwota składek		stopa %	kwota składek		stopa %	kwota składek			
					z ł	gr		z ł	gr		z ł			gr
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	z ł	gr		
1	_____													
2	_____													
3	_____													
4	_____													
5	_____													

Część II. Zestawienie składek wg poszczególnych stóp procentowych

Wypełnia pracodawca wg poszczególnych stóp procentowych	Stopa procentowa	 % % % % % %
	1	2	3	4	5	6	7	
	Łączna liczba ubezpieczonych (cz. Ia S-8 + S-8a)	01						
Kwota zł/gr (cz. Ia S-8)	02							
Kwota zł/gr (z przeniesienia S-8a)	03							
Razem* (wiersz 02 + 03)	04							
Składki ogółem (wiersz 04 rubr. 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7)								

* zsumowane według poszczególnych stóp procentowych kwoty składek (wiersz 04 rubr. od 2 do 7) należy podawać w zaokrągleniu do 10 groszy w górę, jeżeli kwota składki jest równa lub wyższa od 5 groszy lub w dół, jeżeli jest niższa od 5 groszy.

ZUS S-8 Deklaracja rozliczeniowa zakładów pracy zobowiązanych do imiennych rozliczeń.

Część Ib. Informacja o pracownikach zwolnionych z pracy względnie chorych w ciągu miesiąca rozliczeniowego oraz o zmianach danych

Lp.	Nazwisko i imię PESEL	Rodzaj zatrudnienia ^{*)}	Dokładny adres miejsca zamieszkania ^{*)}	Grupa inwalidzka (stopień niepełnosprawności) data przyznania	Data zwolnienia z pracy	Stopień powiększenia (powinowactwa) z pracodawcą (podać jaki) ^{*)}	Przyczyna niewykonania pracy okres ^{**)} od do
1	2	3	4	5	6	7	8
1	_____			_____			_____
2	_____			_____			_____
3	_____			_____			_____
4	_____			_____			_____
5	_____			_____			_____

^{*)} należy wypełniać w razie zmiany danych w stosunku do podanych w zgłoszeniu do ubezpieczenia społecznego zgodnie z instrukcją Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

^{**)} należy wykazywać odpowiednio: z powodu choroby, opieki, urlopu wychowawczego, bezpłatnego, macierzyńskiego.

Część III. Zestawienie wypłaconych zasiłków podlegających potrąceniu ze składek na ubezpieczenie społeczne

Lp.	Treść	Rodzaj zasiłków		Razem
		zasiłki rodzinne	zasiłki pielęgnacyjne	
1	2	3	4	5
1	Liczba wypłat		x	
2	Liczba zasiłków			
3	Kwota zł/gr			

Część IV. Absencja chorobowa finansowana ze środków innych niż ZUS

Lp.	Treść	Nr list płatniczych	Liczba dni	Kwota		W tym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych		
				z ł	g r	liczba dni	kwota	
							z ł	g r
1	2	3	4	5	6	7		
1	ze środków zakładów pracy							
2	ze środków Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych							

Sporządzono dnia
Nazwisko i nr telefonu osoby sporządzającej deklarację

Oświadczam, że powyższa deklaracja została wypełniona zgodnie z prawdą i świadomy(a) jestem odpowiedzialności z art. 247 § 1 kodeksu karnego za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

.....
Główny księgowy

.....
Kierownik - Pracodawca

Część V. Rozliczenie należności

Lp.	Treść	Kwota		Wpłaty		
		z ł	g r	data	kwota	
					z ł	g r
1	2	3		4	5	
1	Składki ogółem (część II)					
2	Wypłacone świadczenia (część III)					
3	Różnica - na dobro ZUS ^{*)} - na dobro zakładu pracy ^{*)}					

^{*)} niepotrzebne skreślić

Wpisano do S-21 data i podpis
Wpisano do S-20 data i podpis
Zaksięgowano data i podpis
Sporządzono data podpisu
Wypełnia data podpisu