

Uwaga! Wypełniać zgodnie z instrukcją Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

DEKLARACJA ROZLICZENIOWA za m-c 199..... r.

..... Nazwa i adres zakładu pracy (pieczęć) lub nazwisko i imię właściciela zakładu pracy i adres	w ZUS - NKP <hr/> Konto zakładu pracy: w banku nazwa banku <hr/> nr rachunku	ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH Oddział w
---	--	---

I. Zestawienie należności z tytułu składek

NIP

Nr REGONU

Nr EKD/PKD

Lp.	Treść	Wyszczególnienie (podane wg poszczególnych stóp procentowych kwoty składek w wierszu 2 należy, podawać w zaokrągleniu do 10 groszy w górę, jeżeli obliczona kwota składki jest równa lub wyższa od 5 groszy lub w dół jeżeli jest niższa od 5 groszy)								Razem
		3	4	5	6	7	8	9	10	
1	Liczba ubezpieczonych pracowników, uczniów i chałupników									
2	Składki	wg stopy procentowej %								
		kwota zł/gr								

II. Zestawienie wypłaconych świadczeń podlegających potrąceniu ze składek na ubezpieczenie społeczne

Lp.	Rodzaj świadczeń	Nr list płatniczych	Liczba zasiłków świadczeń, wypłat* >	Liczba dni zasiłkowych, liczba zasiłków** >	Kwota		W tym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych				
					zł	gr	liczba zasiłków	liczba dni zasiłkowych	kwota		
									zł	gr	
1	2	3	4	5	6		7	8	9		
1	Zasiłki chorobowe		x					x			
2	Świadczenia rehabilitacyjne			x					x		
3	Zasiłki opiekuńcze		x					x	x	x	x
4	Zasiłki macierzyńskie		x					x	x	x	x
5	Zasiłki porodowe			x				x	x	x	x
6	Zasiłki wyrównawcze		x					x			
7	Zasiłki pogrzebowe			x					x		
8	Zasiłki rodzinne							x	x	x	x
9	Zasiłki pielęgnacyjne			x				x	x	x	x
10	Zasiłki wychowawcze			x				x	x	x	x
11											
12											
13											
14	Razem	x									

* w odniesieniu do zasiłków rodzinnych należy podawać liczbę dokonanych wypłat

** w odniesieniu do zasiłków rodzinnych należy podawać liczbę zasiłków

III. Rozliczenie należności

Lp.	Zestawienie należności			Wpłaty zakładu pracy			
	Treść	Kwota		Data	Sposób wpłaty	Kwota	
		zł	gr			zł	gr
1	2	3		4	5		
1	Składki razem - cz. I rubryka 10						
2	Wyplacone świadczenia oraz inne wypłaty - cz. II rubryka 6						
3	Różnica na dobro ZUS* zakładu pracy*						

* niepotrzebne skreślić

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		
				zł	gr	Liczba dni	Kwota	
							zł	gr
1	2	3	4	5		6	7	
1	Ze środków zakładu pracy							
2	Ze środków Fund. Gwarant. Świadczeń Pracowniczych							

.....
 Nazwisko i nr telefonu osoby sporządzającej deklarację

Oświadczamy, że powyższa deklaracja została wypełniona zgodnie z prawdą i świadomi jesteśmy odpowiedzialności z art.247 § 1 kodeksu karnego za podawanie nieprawdy.

.....
 miejscowość i data

.....
 Główny księgowy

.....
 Kierownik zakładu pracy

Wypełnia oddział ZUS	Sprawdzono	Zaksięgowano	Wpisano do zestawienia	
			S-20	S-21
	dn.....	dn.....	dn.....	dn.....
	podpis	podpis	podpis	podpis.....

ZUS S-9