

Temat: Obowiązki pracodawcy z tytułu ubezpieczeń społecznych

środa, 3 lutego 2021 10:51

Skonkretyzuj z ZUS?
Składka to MUS.

Terminy:

7 dni od momentu rejestracji firmy
lub zatrudnienia pracownika.

Co złożyć?

Druk ZUS-ZUA

ZUA (1)

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

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⁾		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. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ				
01. Numer PESEL ²⁾		02.		03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)
04. Seria i numer dokumentu				
05. Nazwisko				
06. Imię pierwsze		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				
Osoba zgłaszana podlega ubezpieczeniom: (wpisać X w odpowiednim polu)				
01. Data powstania obowiązku ubezpieczeń (dd / mm / rrrr)		02. Emerytalnemu <input checked="" type="checkbox"/>	04. Chorobowemu <input checked="" type="checkbox"/>	
		03. Rentowym <input checked="" type="checkbox"/>	05. Wypadkowemu <input checked="" type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/>		03. Rentowymi <input type="checkbox"/>		05. Chorobowym <input type="checkbox"/>
02. Od dnia (dd / mm / rrrr)		04. Od dnia (dd / mm / rrrr)		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)

śledź?
Wykaz publikuje ZUS

V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA

→ t002
TO 005

X. INNE DANE O OSOBIE ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ⁴⁾

→ śledź?
Portal Publicznych Służb
Zatrudnienia

jak
w tym
samym
miejsce to
tylko TU



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 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
Podpis szefa
03. Pieczęćka płatnika
PIECZĄTKA

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
PRACOWNIK

XVI. ADNOTACJE ZUS

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

ZUS-DRA - deklaracja rozliczeniowa
ZUS-ZLA - zgłoszenie zwolnienia lekarskiego

lekarskiego

Jak wyrejestrować?

ZUS-ZWUA - formularz wyrejestrowania

Składki do:

↓
10 dnia
miesiąca
(jak samo-
zatrudniony)

↓
15 dnia
miesiąca
(jak płaci
z "kogoś")