

ZAŁĄCZNIK Nr 1

**ZUS IRB
INFORMACJA O ZASIŁKACH I WYNAGRODZENIACH Z TYTUŁU NIEZDOLNOŚCI
DO PRACY**

ZARZĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS IRB	strona 2	INFORMACJA O ZASIĘKACH I WYNAGRODZENIACH Z TYTUŁU NIEZDOLNOŚCI DO PRACY
-----------------------------------	---------	----------	--

IV. C. ŚWIADCZENIA FINANSOWANE Z BUDŻETU PAŃSTWA

20. Kwota wypłaconych zaszków rodzicielski	zł z z z z z z z z z z gr gr	21. Liczba wypłat	<input type="text"/>	22. Liczba wypłaconych zaszków rodzicielski	<input type="text"/>
23. Kwota wypłaconych zaszków pielęgnacyjnych	zł z z z z z z z z z z gr gr	24. Liczba wypłaconych zaszków pielęgnacyjnych	<input type="text"/>		
25. Kwota wypłaconych zaszków wychowawczy	zł z z z z z z z z z z gr gr	26. Liczba wypłaconych zaszków wychowawczy	<input type="text"/>		
27. Kwota wypłaconych jednorazowych dodatków rodzicielski na trzeci i kolejne dziecko	zł z z z z z z z z z z gr gr	28. Liczba wypłat	<input type="text"/>	29. Liczba wypłaconych jednorazowych dodatków rodzicielski na trzeci i kolejne dziecko	<input type="text"/>
30. Łączna kwota wypłaconych świadczeń finansowych z budżetu państwa (p.20+p.23+p.25+p.27)	zł z z z z z z z z z z gr gr				
31. Łączna kwota świadczeń podlegających rozliczeniu w ciężar składek na ubezpieczenia społeczne (MA.p.15 + IVA.p.14 + IVB.p.19 + IVC.p.30)	zł z z z z z z z z z z gr gr				

V. WYNAGRODZENIE ZA CZAS NIEZDOLNOŚCI DO PRACY WYPŁACONE ZE ŚRODKÓW PRACODAWCY I RS SP

01. Kwota wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy	zł z z z z z z z z z z gr gr	02. Liczba dni niezdolności do pracy	<input type="text"/>
--	------------------------------	---	----------------------

VI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypłaty (dd / mm / rrrr)

Będąc świadomy, że podanie nieprawdziwych danych podlega odpowiedzialności karniej wynikającej z art. 219 Kodeksu karnego (Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553 i Nr 128, poz. 840) oraz art. 98 ustawy z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. Nr 137, poz. 887 z późn. zm.), oświadczam, że dane zawarte w tym dokumencie są zgodne ze stanem faktycznym, co potwierdzam podpisem.

02. Podpis płatnika składek lub osoby przez niego upoważnionej
oraz pełna adresowa płatnika

VII. ADNOTACJE ZUS