

Warszawa, dnia 5 maja 2021 r.

Poz. 846

**ROZPORZĄDZENIE  
MINISTRA RODZINY I POLITYKI SPOŁECZNEJ<sup>1)</sup>**

z dnia 23 kwietnia 2021 r.

**zmieniające rozporządzenie w sprawie określenia wzorów zgłoszeń do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego, imiennych raportów miesięcznych i imiennych raportów miesięcznych korygujących, zgłoszeń płatnika składek, deklaracji rozliczeniowych i deklaracji rozliczeniowych korygujących, zgłoszeń danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, raportów informacyjnych, oświadczeń o zamiarze przekazania raportów informacyjnych, informacji o zawartych umowach o dzieło oraz innych dokumentów**

Na podstawie art. 49 ust. 2 i 4 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 423, 432 i 619) zarządza się, co następuje:

**§ 1.** W rozporządzeniu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 20 grudnia 2020 r. w sprawie określenia wzorów zgłoszeń do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego, imiennych raportów miesięcznych i imiennych raportów miesięcznych korygujących, zgłoszeń płatnika składek, deklaracji rozliczeniowych i deklaracji rozliczeniowych korygujących, zgłoszeń danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, raportów informacyjnych, oświadczeń o zamiarze przekazania raportów informacyjnych, informacji o zawartych umowach o dzieło oraz innych dokumentów (Dz. U. poz. 2366) załączniki nr 1 i 3 do rozporządzenia otrzymują brzmienie określone odpowiednio w załącznikach nr 1 i 2 do niniejszego rozporządzenia.

**§ 2.** Do dokumentów przekazywanych za okresy przypadające przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia stosuje się wzory dokumentów określone w przepisach rozporządzenia zmienianego w § 1 w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem.

**§ 3.** Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 16 maja 2021 r.

Minister Rodziny i Polityki Społecznej: *M. Maląg*

---

<sup>1)</sup> Minister Rodziny i Polityki Społecznej kieruje działem administracji rządowej – zabezpieczenie społeczne, na podstawie § 1 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 6 października 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Rodziny i Polityki Społecznej (Dz. U. poz. 1723).

Załączniki do rozporządzenia Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 23 kwietnia 2021 r. (poz. 846)

Załącznik nr 1

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	<b>ZUS</b>	<b>ZUA</b>	strona: 1	<b>ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ</b>
<b>I. DANE ORGANIZACYJNE</b>				
01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ (jeśli TAK, wpisać X)		02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych) <sup>1)</sup>		
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)		04. Nalepka „R”		
<b>II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK</b>				
01. Numer NIP (wpisać bez kresek)		02. Numer REGON		
03. Numer PESEL <sup>2)</sup>		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)	
<b>III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ</b>				
01. Numer PESEL <sup>2)</sup>		02.		03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)
05. Nazwisko		04. Seria i numer dokumentu		
06. Imię pierwsze			07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
<b>IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ</b>				
01. Imię drugie				
02. Nazwisko rodowe				
03. Obywatelstwo				
				04. Płeć (wpisać: K - kobieta, M - mężczyzna)
<b>V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA</b>				
01. Kod tytułu ubezpieczenia <sup>3)</sup>				
<b>VI. DANE O OBOWIĄZKOWYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH</b>				
01. Data powstania obowiązku ubezpieczeń (dd / mm / rrrr)		Osoba zgłaszana podlega ubezpieczeniom: (wpisać X w odpowiednim polu)		
		02. Emerytalnemu	04. Chorobowemu	
		03. Rentowym	05. Wypadkowemu	
<b>VII. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM</b>				
01. Data powstania obowiązku ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)		02. Kod oddziału NFZ		
<b>VIII. DANE O DOBROWOLNYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH</b>				
Wnoszę o objęcie ubezpieczeniami: (wpisać X w odpowiednim polu)				
01. Emerytalnym		03. Rentowymi		05. Chorobowym
02. Od dnia (dd / mm / rrrr)		04. Od dnia (dd / mm / rrrr)		06. Od dnia (dd / mm / rrrr)
<b>IX. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM</b>				
01. Data rozpoczęcia ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)		02. Kod oddziału NFZ		
<b>X. INNE DANE O OSOBE ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ</b>				
01. Kod wykonywanego zawodu <sup>4)</sup>		02. Kod pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze <sup>5)</sup>		03. Okres pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze <sup>5)</sup> (dd / mm / rrrr)

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZUA	strona: 2	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ
-----------------------------------	---------	-----------	---

**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 składek lub osoby upoważnionej

03. Pieczęćka płatnika składek

**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

**XVI. ADNOTACJE ZUS**

1) W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZIUA.  
 2) Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.  
 3) Dla określonego kodu tytułu ubezpieczenia należy wypełnić formularz ZUS ZAA.  
 4) Należy wpisać, kod wykonywanego zawodu. Kod zawodu stanowi sześciocyfrowy numer określony w załączniku do rozporządzenia w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania.  
 5) Pola te wypełnia się w celu zgłoszenia / korekty danych dotyczących okresu sprzed dnia 1 stycznia 2009 r.

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	<b>ZUS ZZA</b>	strona: 1	<b>ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH</b>
<b>I. DANE ORGANIZACYJNE</b>			
01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO (jeśli TAK, wpisać X) <input type="checkbox"/>		02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) / KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH <sup>1)</sup> <input type="checkbox"/>	
03. Data nadania (dd / mm / rrrr) <input type="text"/>		04. Nalepka „R” <input type="text"/>	
<b>II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK</b>			
01. Numer NIP (wpisać bez kresek) <input type="text"/>		02. Numer REGON <input type="text"/>	
03. Numer PESEL <sup>2)</sup> <input type="text"/>		04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, <input type="text"/> jeśli paszport - 2 <input type="text"/>	
05. Seria i numer dokumentu <input type="text"/>		06. Nazwa skrócona <input type="text"/>	
07. Nazwisko <input type="text"/>			
08. Imię pierwsze <input type="text"/>		09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr) <input type="text"/>	
<b>III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA</b>			
01. Numer PESEL <sup>2)</sup> <input type="text"/>		02. <input type="text"/>	
03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04) <input type="text"/>		04. Seria i numer dokumentu <input type="text"/>	
05. Nazwisko <input type="text"/>			
06. Imię pierwsze <input type="text"/>		07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr) <input type="text"/>	
<b>IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA</b>			
01. Imię drugie <input type="text"/>			
02. Nazwisko rodowe <input type="text"/>			
03. Obywatelstwo <input type="text"/>			04. Płeć (wpisać: K - kobieta, M - mężczyzna) <input type="text"/>
<b>V. KOD TYTUŁU UBEZPIECZENIA I KOD WYKONYWANEGO ZAWODU</b>			
01. Kod tytułu ubezpieczenia <sup>3)</sup> <input type="text"/>		02. Kod wykonywanego zawodu <sup>4)</sup> <input type="text"/>	
<b>VI. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM</b>			
01. Data powstania obowiązku ubezpieczenia (dd / mm / rrrr) <input type="text"/>		02. Kod oddziału NFZ <input type="text"/>	
<b>VII. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM</b>			
01. Data rozpoczęcia ubezpieczenia (dd / mm / rrrr) <input type="text"/>		02. Kod oddziału NFZ <input type="text"/>	
<b>VIII. ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU</b>			
01. Kod pocztowy <input type="text"/>		02. Miejscowość <input type="text"/>	
03. Gmina / Dzielnica <input type="text"/>			
04. Ulica <input type="text"/>			
05. Numer domu <input type="text"/>		06. Numer lokalu <input type="text"/>	
07. Numer telefonu <input type="text"/>		08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski) <input type="text"/>	

PŁATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE  
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM,

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZZA	strona: 2	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH
-----------------------------------	---------	-----------	---

**IX. 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)

**X. 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

**XI. 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 składek lub osoby upoważnionej

03. Pieczętka płatnika składek

**XII. 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

**XIII. ADNOTACJE ZUS**

<sup>1)</sup> W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZIU/A.  
<sup>2)</sup> Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.  
<sup>3)</sup> Dla określonego kodu tytułu ubezpieczenia należy wypełnić formularz ZUS ZAA.  
<sup>4)</sup> Należy wpisać, kod wykonywanego zawodu. Kod zawodu stanowi sześciocyfrowy numer określony w załączniku do rozporządzenia w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania.