

EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE STYCZEŃ 2020

A.65 Rozliczanie wynagrodzeń i danin publicznych Przedsiębiorstwo Handlowe

EMILIA sp. z o.o.

Zadanie egzaminacyjne

Wykonaj prace związane z zatrudnieniem pracownika w Przedsiębiorstwie Handlowym EMILIA sp. z o.o. w Piła, rozliczeniem wynagrodzenia i sporządzeniem informacji dla celów podatkowych i ubezpieczeniowych.

Wprowadź dane do programu kadrowo-płacowego rozpoczynając od:

- wprowadzenia danych identyfikacyjnych Przedsiębiorstwa Handlowego EMILIA sp. z o.o.,
- wpisania swojego numeru PESEL od nazwą Przedsiębiorstwa Handlowego EMILIA sp. z o.o.,
- ustawienia parametrów płacowych programu niezbędnych do wykonania zadania,
- wprowadzenia danych Kariny Jantar do ewidencji osobowej na podstawie Kwestionariusza osobowego.

Prace związane ze sporządzeniem dokumentów wykonaj na stanowisku egzaminacyjnym wyposażonym w komputer z oprogramowaniem kadrowo-płacowym, podłączonym do drukarki.

Sporządź i wydrukuj z programu kadrowo-płacowego dokumenty dla pracownicy Kariny Jantar:

- umowę o pracę nr 1/2019,
- listę płac za grudzień 2019,
- PIT-11 informację o dochodach oraz o pobranych zaliczkach na podatek dochodowy w roku 2019.

Wypełnij formularze dla pracownicy Kariny Jantar (potrzebne druki do wypełnienia formularzy ZUS zostały zamieszczone w arkuszu egzaminacyjnym):

- ZUS ZUA zgłoszenie do ubezpieczeń,
- ZUS RCA imienny raport miesięczny za grudzień 2019.

Dane identyfikacyjne Przedsiębiorstwa EMILIA sp. z o.o.

Nazwa skrócona	EMILIA
Nazwa pełna	Przedsiębiorstwo Handlowe EMILIA sp. z o.o.
NIP	7641008555
Regon	004180157
Adres siedziby	62-920 Piła, ul. Łączna 14
Gmina/powiat	Piła/pilski
Poczta	Piła
Województwo	wielkopolskie
Rachunek bankowy firmowy	10 9013 2087 6291 7544 0000 8765
Nazwa banku	Bank Zachodni WBK SA I O. w Piła
Urząd Skarbowy	Symbol: US Urząd Skarbowy w Piła Ul. Kossaka 106, 64-920 Piła Kod US 3019
Konto bankowe US dla PIT	83 1010 1469 0059 2022 2300 0000 NBP O/Okr. W Poznaniu
Forma prawna	Spółka z o.o.
Rodzaj działalności	Handlowa
Rok rozpoczęcia pracy	2019

Miesiąc pierwszej wypłaty	Grudzień 2019 r.
Zasiłki wypłacane przez	ZUS
Dzień przekazania składek ZUS	Do 15 każdego miesiąca
Imię i nazwisko szefa	Anna Poznańska – upoważniona do sporządzania i podpisywania dokumentów
Identyfikator	AP

Kwestionariusz Osobowy Kariny Jantar

1. Imię (imiona) i nazwisko: Karina Jantar
2. Nazwisko rodowe: Kin
3. Imiona rodziców (nazwisko rodowe matki): Paweł, Anna Musiał
4. Data i miejsce urodzenia: 17.01.1969 w Bydgoszczy
5. Pesel: 69011707102
6. Obywatelstwo: polskie
7. Miejsce zameldowania i zamieszkania (adres do korespondencji) ul. Okrzei 15, 64-920 Piła, powiat pilski
8. Stan cywilny: mężatka
9. Wykształcenie (stopień, nazwa szkoły, uczelni): średnie techniczne, Zespół Szkół Handlowych w Pile
10. Przebieg dotychczasowego zatrudnienia (zakład pracy-okres zatrudnienia-stanowisko): PH „WIKA” w Pile, od 10.10.1990 do 15.11.2019 sprzedawca
11. Dodatkowe uprawnienia , umiejętności, zainteresowania: obsługa programu Płatnik
12. Rozliczenia podatkowe prowadzone są w Urzędzie Skarbowym w Pile, ul. Kossaka 106
13. Filar ZUS: I i II filar
14. Oddział NFZ: 15R

Dane potrzebne do sporządzenia umowy o pracę dla Kariny Jantar

Data podpisania umowy i dzień rozpoczęcia pracy	01.12.2019
Zestaw płacowy	Administracja
Umowa o pracę	Na okres próbny od 01.12.2019 do 31.12.2019
Dział	Handlowy
Stanowisko	Sprzedawca
Czas pracy	1/1
Składniki płacowe	podstawa miesięczna 3.000,00 dodatek za usługę lat 600,00
Tytuł do ubezpieczenia	0110 0 0
Generowany raport	RCA
Naliczanie składek do ZUS	Emerytalne, rentowe, chorobowe, wypadkowe, zdrowotne, FP, FGŚP
Ulgi podatkowe – odliczenia	Pracownik złożył pracodawcy PIT-2 – oświadczenie uprawniające pracodawcę do stosowania ulgi podatkowej od wynagrodzenia

Parametry ubezpieczeń i funduszy ZUS – grudzień 2019

Rodzaj składki	Źródło finansowania	
	Pracownik	Pracodawca
Emerytalna	9,76%	9,76%
Rentowa	1,50%	6,50%
Chorobowa	2,45%	-
Wypadkowa	-	1,93%
FP	-	2,45%
FGŚP	-	0,10%
Zdrowotna – odliczona	7,75%	-
Zdrowotna – nieodliczona	1,25%	-

Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi

180 minut Ocenie podlegać będzie 5 rezultatów:

- sporządzona i wydrukowana umowa o pracę dla Kariny Jantar,
- sporządzona i wydrukowana lista płac za grudzień 2019 r.,
- sporządzony i wydrukowany PIT-11 informacja o dochodzie oraz pobranych zaliczkach na podatek dochodowy,
- wypełniony formularz w arkuszu egzaminacyjnym ZUS ZUA zgłoszenie do ubezpieczeń dla Kariny Jantar (data sporządzenia 05.12.2019 r.),
- wypełniony formularz w arkuszu egzaminacyjnym imienny raport miesięczny ZUS RCA dla Kariny Jantar za grudzień 2019 r. (data wypełnienia 31.12.2019 r.).

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

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
PLATNIKA SKŁADEK

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)	02. Numer REGON
03. Numer PESEL ²⁾	05. Seria i numer dokumentu
06. Nazwa skrócona	04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2
07. Nazwisko	
08. Imię pierwsze	09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

III. DANE IDENTYFIKACYJNE
OSOBY ZGŁASZANEJ
DO UBEZPIECZEŃ

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 ubezpieczenia³⁾

VI. DANE O OBOWIĄZKOWYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH

01. Data powstania obowiązku ubezpieczeń (dd / mm / rrrr)	02. Emerytalnemu	04. Chorobowemu
	03. Rentowym	05. Wypadkowemu

Osoba zgłaszana podlega ubezpieczeniom: (wpisać X w odpowiednim polu)

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	03. Rentowymi	05. Chorobowym
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)
-----------------------------	--	---

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 lub osoby upoważnionej

03. Pieczęćka płatnika

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

¹W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZIUA.

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.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS RCA	strona: 1	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH I WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH
-----------------------------------	----------------	-----------	--

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek) 02. Numer REGON

03. Numer PESEL ¹⁾ 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. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze 03. Typ 04. Identyfikator

III. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

01. Kod tytułu ubezpieczenia 02. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy
wymiary składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe

03. Wymiar czasu pracy

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBOWE	WYPADKOWE
PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	04. <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr	05. <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr	06. <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr	06. <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr
SKŁADKA FINANSOWANA PRZEZ:				
ubezpieczonego	07. <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr	08. <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr	09. <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr	10. <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr
płatnika	11. <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr	12. <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr	13. <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr	14. <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr
budżet państwa	15. <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr	16. <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr	17. <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr	18. <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr
PFRON ²⁾	19. <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr	20. <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr	21. <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr	22. <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr
Fundusz Kościelny	23. <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr	24. <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr	25. <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr	26. <input type="text"/> zł <input type="text"/> gr

27. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek
na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania
składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego zł gr

28. Łączna kwota składek
(suma od p.07 do p.26) zł gr

III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Podstawa wymiaru składki zł gr

02. Kwota należnej składki
finansowana przez płatnika ³⁾ zł gr

03. Kwota należnej składki
finansowana z budżetu państwa
bepośrednio do ZUS zł gr

04. Kwota należnej składki
finansowana przez
ubezpieczonego zł gr

05. Kwota należnej składki
finansowana przez Fundusz
Kościelny zł gr

III. D. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA ⁴⁾

01. Kwota wypłaconego
zasilku rodzinnego zł gr

02. Kwota
wypłaconego zasiłku
wychowawczego zł gr

03. Kwota wypłaconego
zasiłku pielęgnacyjnego zł gr

04. Łączna kwota
wypłaconych zasiłków
(p.01 + p.02 + p.03) zł gr

II. DANE IDENTYFIKACYJNE
PŁATNIKA SKŁADEK

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIECZONEJ

Technik ekonomista na 100%

*LĄTNIK WYPELNIŁ POLA W WYZNACZONICH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE

DUŻYM DRUKOWANYM LITERALNIE CZYŃCZYM LUB NIECZERNYM KOLOREM

ZARZĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS	RCA	..2	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH I WYPŁACONYCH OWIADCZENIACH
--------------------------------	-----	-----	-----	---

IV A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ
01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ 04. Identyfikator

IV. B. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

01.. Kod tytułu ubezpieczenia.

02. Informacja o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe \$ \$

03. Wymiar czasu pracy

UBEZPIECZENIE	EMERYTALNE	RENTOWE	CHOROBOWE	WYPADKOWE
04. PODSTAWA WYMIARU	05.		06.	
FINANSOWANA PRZEZ:	07.		08.	
ubezpieczonego	09.		10.	
piątnika	11.		12.	
	13.		14.	
	15.		16.	
	17.		18.	
PFRON*	19.		20.	
	21.		22.	
Fundusz Kosielny	23.		24.	
	25.		26.	
27.. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego	28 L Iczna kwota składek (suma od p.07 do p.26)			

IV C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Podstawa wymiaru składek

02. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika *

04. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego

03. Kwota należnej składki* finansowana z budżetu państwa b° zpořrednio do ZU3

anso n 'p Fundusz Kosielny

IV. D. ZESTAWIENIE WYPŁACONYCH OWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA *

01. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego

V. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

02. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego

04. Łączna kwota wypłaconych zasiłków (p.01 + p.02 + p.03)

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne z stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęćka płatnika

Poligrafia ZUS (Nw-1/2013). Zam. 911/13.