

Nazwa kwalifikacji: **Rozliczanie wynagrodzeń i danin publicznych**

Oznaczenie kwalifikacji: **A.65**

Numer zadania: **01**

*Arkusze zawiera informacje prawnie chronione
do momentu rozpoczęcia egzaminu*

Miejsce na naklejkę
z numerem PESEL i z kodem
ośrodka

Wypełnia zdający

Numer PESEL zdającego*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

A.65-01-15.01

Czas trwania egzaminu: **180 minut**

EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE
Rok 2015
CZĘŚĆ PRAKTYCZNA

Instrukcja dla zdającego

1. Na pierwszej stronie arkusza egzaminacyjnego wpisz w oznaczonym miejscu swój numer PESEL i naklej naklejkę z numerem PESEL i z kodem ośrodka.
2. Na KARCIE OCENY w oznaczonym miejscu przyklej naklejkę z numerem PESEL oraz wpisz:
 - swój numer PESEL*,
 - symbol cyfrowy zawodu,
 - oznaczenie kwalifikacji,
 - numer zadania,
 - numer stanowiska.
3. KARTĘ OCENY przekaz zespołowi nadzorującemu część praktyczną egzaminu.
4. Sprawdź, czy arkusz egzaminacyjny zawiera 9 stron i nie zawiera błędów. Ewentualny brak stron lub inne usterki zgłoś przez podniesienie ręki przewodniczącemu zespołu nadzorującego część praktyczną egzaminu.
5. Zapoznaj się z treścią zadania oraz stanowiskiem egzaminacyjnym. Masz na to 10 minut. Czas ten nie jest wliczany do czasu trwania egzaminu.
6. Czas rozpoczęcia i zakończenia pracy zapisze w widocznym miejscu przewodniczący zespołu nadzorującego.
7. Wykonaj samodzielnie zadanie egzaminacyjne. Przestrzegaj zasad bezpieczeństwa i organizacji pracy.
8. Jeżeli w zadaniu egzaminacyjnym występuje polecenie „zgłoś gotowość do oceny przez podniesienie ręki”, to zastosuj się do polecenia i poczekaj na decyzję przewodniczącego zespołu nadzorującego.
9. Po zakończeniu wykonania zadania pozostaw rezultaty oraz arkusz egzaminacyjny na swoim stanowisku lub w miejscu wskazanym przez przewodniczącego zespołu nadzorującego.
10. Po uzyskaniu zgody zespołu nadzorującego możesz opuścić salę/miejsce przeprowadzania egzaminu.

Powodzenia!

* w przypadku braku numeru *PESEL* – seria i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość

Zadanie egzaminacyjne

Wykonaj prace związane z zatrudnieniem pracownika w Przedsiębiorstwie Handlowym *EMILIA* sp. z o.o. w Pile, 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** pod 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, podłączony do drukarki.

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

- *Umowę o pracę* nr 1/2014,
- *Listę płac* za grudzień 2014 r.,
- *PIT-11 Informację o dochodach oraz o pobranych zaliczkach na podatek dochodowy w roku 2014*.

Wypełnij formularze dla pracownicy Kariny Jantar

- *ZUS ZUA Zgłoszenie do ubezpieczeń*,
- *ZUS RCA Imienny raport miesięczny* za grudzień 2014 r.

(potrzebne druki do wypełnienia formularzy ZUS zostały zamieszczone w arkuszu egzaminacyjnym).

Dane identyfikacyjne Przedsiębiorstwa Handlowego *EMILIA* sp. z o.o.

Nazwa skrócona	EMILIA
Nazwa pełna	Przedsiębiorstwo Handlowe EMILIA sp. z o.o.
NIP	7641008555
REGON	004180157
Adres siedziby	64-920 Piła, ul. Łączna 14
Gmina/Powiat	Piła/pilski
Poczta	Piła
Województwo	wielkopolskie
Podstawowy rachunek bankowy	Nazwa rachunku: rachunek bieżący 10 9013 2087 6291 7544 0000 8765
Nazwa banku	Bank Zachodni WBK SA I O. w Pile
Urząd skarbowy	Symbol: US Urząd Skarbowy w Pile ul. Kossaka 106, 64-920 Piła kod US 3019
Konto bankowe 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	2014
Miesiąc pierwszej wypłaty	Grudzień 2014 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

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 r. w Bydgoszczy**
5. PESEL: **69011707102**
6. Obywatelstwo: **polskie**
7. Miejsce zameldowania i zamieszkania (adres do korespondencji): **ul. Okrzei 15, 64-920 Pila, powiat pilski**
8. Stan cywilny: **mężatka**
9. Wykształcenie (stopień, nazwa szkoły, uczelni): **średnie techniczne, Zespół Szkół Handlowych w Pile**
10. Przebieg dotychczasowej pracy (zakład pracy – okres zatrudnienia – stanowisko):
PH „WIKA” w Pile, od 10.10.1990 r. do 15.11.2014 r., 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**

Oświadczam, że dane zawarte w pkt. 1-7 są zgodne z dowodem osobistym seria i numer:

ALA 203260 wydany 21.05.2002 r. przez Prezydenta Miasta Pila.

Pila, 01.12.2014 r.

Karina Jantar

Dane potrzebne do sporządzenia umowy o pracę dla Kariny Jantar

Wyszczególnienie	Dane pracownika
Data podpisania umowy i dzień rozpoczęcia pracy	01.12.2014 r.
Zestaw płacowy	administracja
Umowa o pracę	na okres próbny od 01.12.2014 r. do 31.12.2014 r.
Dział	handlowy
Stanowisko	sprzedawca
Czas pracy	1/1
Składniki płacowe	– podstawa miesięczna 3 000 zł – dodatek za wysługę lat 600 zł
Tytuł ubezpieczenia	0110 0 0
Generowany raport	RCA
Naliczane składki do ZUS	emerytalne, rentowe, chorobowe, wypadkowe, zdrowotne, FP, FGŚP
Ulga podatkowa – odliczenie	pracownik złożył pracodawcy PIT-2 oświadczenie upoważniające pracodawcę do stosowania ulgi podatkowej od wynagrodzenia

Wybrane parametry ubezpieczeń i funduszy ZUS – grudzień 2014 r.

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 2014 r,
- sporządzony i wydrukowany *PIT-11 Informacja o dochodach oraz pobranych zaliczkach na podatek dochodowy*,
- wypełniony formularz w arkuszu egzaminacyjnym *ZUS ZUA Zgłoszenie do ubezpieczeń* dla Kariny Jantar (data sporządzenia 05.12.2014 r.),
- wypełniony formularz w arkuszu egzaminacyjnym *Imienny raport miesięczny ZUS RCA* dla Kariny Jantar za grudzień 2014 r. (data sporządzenia 31.12.2014 r.).

Formularz ZUS ZUA do wypełnienia

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE 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				
<input type="checkbox"/> 01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ (jeśli TAK, wpisać X)		<input type="checkbox"/> 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				
01. Numer NIP (wpisać bez kresek)		02. Numer REGON		
03. Numer PESEL ²⁾		04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2		
06. Nazwa skrócona		05. Seria i numer dokumentu		
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)
05. Nazwisko		04. Seria i numer dokumentu		
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				
01. Data powstania obowiązków ubezpieczeń (dd / mm / rrrr)		Osoba zgłaszana podlega ubezpieczeniom: (wpisać X w odpowiednim polu)		
		02. Emerytalnemu	04. Chorobowemu	
		03. Rentowym	05. Wypadkowemu	
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 PLATNIKA 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. Pieczęć 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.

Formularz ZUS RCA do wypełnienia

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

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

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. Identyfikator raportu (numer / mm / rrrr)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA 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
wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe

03. Wymiar czasu pracy

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

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

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

III. C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Podstawa wymiaru składki

02. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika ³⁾

04. Kwota należnej składki finansowana przez ubezpieczonego

03. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS

05. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny

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

01. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego

02. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego

03. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego

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

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS RCA	strona: 2	IMIENNY RAPORT MIESIĘCZNY O NALEŻNYCH SKŁADKACH I WYPŁACONYCH ŚWIADCZENIACH
-----------------------------------	---------	-----------	--

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
04. PODSTAWA WYMIARU SKŁADKI	05.	06.	07.
SKŁADKA FINANSOWANA PRZEZ:	08.	09.	10.
ubezpieczonego	11.	12.	13.
płatnika	14.	15.	16.
budżet państwa	17.	18.	19.
PFRON ²⁾	20.	21.	22.
Fundusz Kościelny	23.	24.	25.
27. Kwota obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu opłacania składek w ramach pracowniczego programu emerytalnego	28. Łączna kwota składek (suma od p.07 do p.26)		

IV C. ZESTAWIENIE NALEŻNYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

01. Podstawa wymiaru składek	03. Kwota należnej składki finansowana z budżetu państwa bezpośrednio do ZUS
02. Kwota należnej składki finansowana przez płatnika ³⁾	05. Kwota należnej składki finansowana przez Fundusz Kościelny

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

01. Kwota wypłaconego zasiłku rodzinnego	02. Kwota wypłaconego zasiłku wychowawczego
03. Kwota wypłaconego zasiłku pielęgnacyjnego	04. Łączna kwota wypłaconych zasiłków (p.01 + p.02 + p.03)

V. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)	
Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-m) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.	
02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej	03. Pieczęć płatnika

VI. ADNOTACJE ZUS

¹⁾ Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.

²⁾ Pół nie wypełnia się w dokumentach za okres od stycznia 2008 r., a w razie składania korekt za okres do grudnia 2007 r. może zostać wykazana kwota, nie wyższa od kwoty dofinansowania uwzględnionego w raporcie za ten okres, złożonym nie później niż 30 czerwca 2008 r.

³⁾ W tym polu należy także wykazać kwotę składki finansowaną z budżetu państwa, jeśli dotację otrzymuje płatnik.

⁴⁾ Blok ten należy wypełnić tylko w przypadku składania korekt dokumentów, w których płatnik składek wykazał świadczenia finansowane z budżetu państwa należne za okres do dnia 31 sierpnia 2006 r.