

## MINISTERSTWO PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ, ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa

Nazwa i adres jednostki sprawozdawczej: <b>PMOPS Powiat miejski Jastrzębie-Zdrój</b> <b>Opolska 9</b> <b>44-335 Jastrzębie-Zdrój</b> <b>Tel. 0324349657</b> <b>Fax</b>	<b>SKŁ-EMRENT</b>  <b>Składki na ubezpieczenie emerytalno-rentowe</b>  <b>za I-XII 2023 r.</b>	Adresat:  <b>WPS Woj. Śląskie</b>
Numer identyfikacyjny REGON:  <b>3461374</b>		Przekazać w terminie do 15 dnia miesiąca następującego po okresie sprawozdawczym

RODZAJ ŚWIADCZENIA	Liczba świadczeniobiorców*, za których jest opłacana składka emerytalno-rentowa	Liczba składek należnych	Koszt składek należnych w zł**		
			ogółem (4 + 5)	z tego:	
				opłaconych	nieopłaconych
0	1	2	3	4	5
Składka opłacana od 1.01.2001 na podst. art. 17 ust. 1 p. 9 ustawy o pomocy społecznej (opłacanie składek na ubezp. emerytalne i rentowe za osobę, która zrezygnuje z zatrudn. w związku z koniecznością sprawowania bezpośr., osobistej opieki nad długotrwale lub ciężko chorym członkiem rodziny oraz wspólnie zamieszkującymi matką, ojcem lub rodzeństwem)	0	0	0	0	0

\* liczba osób otrzymujących na podstawie decyzji dany rodzaj świadczenia

\*\* w zaokrągleniu do 1 zł

**Rafał Grieger**

Imię i nazwisko osoby, która sporządziła sprawozdanie

**Jastrzębie-Zdrój, 2024-01-04**

Miejscowość i data

Pieczęć imienna i podpis osoby działającej w imieniu sprawozdawcy: