

DANE TESTOWE

1. DANE OGÓLNE

Numer danej testowej	FOB_DT_1_16
Nazwa danej testowej	Dokumenty zgłoszeniowe utworzone w wyniku rejestracji bezrobotnego z prawem do zasiłku od dnia rejestracji

2. SZCZEGÓŁY DANYCH TESTOWYCH

2.1. DANE DO IDENTYFIKACJI OSOBY W REJESTRZE BEZROBOTNYCH

Lp.	Nazwa pola	Wymagane/ Opcjonalne	Wartość pola
1.	PESEL	W	76102008233
2.	Nazwisko	W	Banacki
3.	Imię	W	Marek
Beneficjent zarejestrowany w systemie - dostępny w rejestrze osób bezrobotnych			

2.2. DOKUMENTY ZGŁOSZENIOWE UTWORZONE W WYNIKU REJESTRACJI

Dane identyfikacyjne ubezpieczonego	Rodzaj Zgł.	Opcja Zgł. / wyr.	Kod tytułu ubez.	Data zgł. / wyr.	Kod przycz. wyr.	Oddział NFZ
76102008233	ZUA	zdr. i społ.	091000	09.10.2014	--	Zgodny z zapisem w bazie
76102008233	ZWUA	zdr. i społ.	091000	06.04.2015	100	--
76102008233	ZZA	Zdr.	091100	06.04.2015	--	Zgodny z zapisem w bazie

2.3. ZAKRES DANYCH UMIESZCZANYCH NA WYDRUKU DOKUMENTU ZGŁOSZENIOWEGO ZUS ZZA – POLA WYPEŁNIANE WARTOŚCIAMI Z BAZY

ZUS ZZA		
I. Dane organizacyjne		
01	Zgł. do ubez. zdrowotnego	TAK
02	Zgł. Zmiany / korekty	-
II. Dane identyfikacyjne Platnika składek		
01	NIP bez kresek	zgodna z bazą
02	REGON	zgodna z bazą
06	Nazwa skrócona	zgodna z bazą
III. Dane identyfikacyjne osoby zgłaszanej do ubezpieczenia		
01	PESEL	76102008233
02	NIP	-
03	Rodzaj dokumentu	-
04	Seria i nr dokumentu	-
05	Nazwisko	Banacki
06	Imię pierwsze	Marek
07	Data urodzenia (dd/mm/rr)	20.10.1976

IV. Dane ewidencyjne osoby zgłaszanej do ubezpieczenia		
01	Imię drugie	--
02	Nazwisko rodowe	--
03	Obywatelstwo	POLSKIE
04	Płeć	M
V. Tytuł ubezpieczenia		
01	Kod tytułu ubezpieczenia	09 11 0 1
VI. Dane o oddziale NFZ		
01	Kod oddziału/Nazwa	11R
VIII. Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu		
01	Kod pocztowy	zgodnie z bazą
02	Miejscowość	zgodnie z bazą
03	Gmina	zgodnie z bazą
04	Ulica	zgodnie z bazą
05	Numer domu	zgodnie z bazą
06	Numer lokalu	zgodnie z bazą
07	Numer telefonu	zgodnie z bazą
IX. Adres zamieszkania		
Nie wypełniany		
X. Adres do korespondencji		
Nie wypełniany		
09	Adres poczty elektronicznej	Nie wypełniany
XI. Oświadczenie Płatnika składek		
W formacie DD/MM/RRRR		
01	Data wypełnienia	Zgodnie z datą drukowania

ZUS ZWUA Wyrejestrowanie z ubezpieczeń (Zakres danych umieszczanych na wydruku)

ZUS ZWUA		
I. Dane organizacyjne		
01	Wyrejestrowanie z ubezpieczeń	Zaznaczona opcja
II. Dane identyfikacyjne Płatnika składek		
01	NIP bez kresek	zgodny z bazą
02	REGON	zgodny z bazą
06	Nazwa skrócona	zgodna z bazą
III. Dane identyfikacyjne osoby wyrejestrowywanej z ubezpieczeń		
01	PESEL	zgodny z bazą
02	NIP	--
03	Rodzaj dokumentu	--
04	Seria i nr dokumentu	--
05	Nazwisko	z bazy
06	Imię pierwsze	z bazy
07	Data urodzenia	DDMMRRRR
IV. Wyrejestrowanie z ubezpieczeń		
01	Kod tytułu ubezpieczenia	09 11 0 1
02	Wyrejestrowanie z ubezpieczeń od dnia	DDMMRRRR (data uzyskania prawa do zasiłku)
03	Kod przyczyny wyrejestr.	600
XII. Oświadczenie Płatnika składek		
01	Data wypełnienia	DDMMRRRR data wydruku (systemowa)

ZUS ZUA Zgłoszenie do ubezpieczenia/zgłoszenie zmiany danych osoby ubezpieczonej (Zakres danych umieszczanych na wydruku)

ZUS ZUA	Zgłoszenie do ubezpieczenia/zgłoszenie zmiany danych osoby ubezpieczonej
----------------	---

I. Dane organizacyjne		
01	Zgł. do ubezpieczeń	TAK
02	Zgł. Zmiany (1)/ korekty (2)	-
II. Dane identyfikacyjne Płatnika składek		
01	NIP bez kresek	zgodny z bazą
02	REGON	zgodny z bazą
06	Nazwa skrócona	zgodny z bazą
III. Dane identyfikacyjne osoby zgłaszanej do ubezpieczenia		
01	PESEL	zgodny z bazą
02	NIP	--
03	Rodzaj dokumentu	--
04	Seria i nr dokumentu	--
05	Nazwisko	z bazy
06	Imię pierwsze	z bazy
07	Data urodzenia (dd/mm/rr)	DDMMRRRR
IV. Dane ewidencyjne osoby zgłaszanej do ubezpieczeń		
01	Imię drugie	z bazy
02	Nazwisko rodowe	--
03	Obywatelstwo	z bazy
04	Płeć	z bazy (K/M)
V. Tytuł ubezpieczenia		
01	Kod tytułu ubezpieczenia	09 10 0 1
VI. Dane o obowiązkowych ubezpieczeniach społecznych		
01	Data powstania obowiązku ub.	DDMMRRRR (data przyznania świadczeń)
02	Podlega emerytalnemu	TAK
03	Podlega rentowemu	TAK
VII. Dane o obowiązkowych ubezpieczeniu zdrowotnym		
01	Data powstania obowiązku ub.	. (data przyznania świadczeń)
02	Kod oddziału NFZ	z bazy
VIII. – X nie dotyczy		
XI. Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu		
01	Kod pocztowy	zgodnie z bazą
02	Miejscowość	zgodnie z bazą
03	Gmina/dzielnica	zgodnie z bazą
04	Ulica	zgodnie z bazą
05	Nr domu	zgodnie z bazą
06	Nr lokalu	zgodnie z bazą
07	Numer telefonu	zgodnie z bazą
XII. Adres zamieszkania		
Nie wypełniany		
XIII. Adres do korespondencji		
Nie wypełniany		
09	Adres poczty elektronicznej	zgodny z bazą
XIV. Oświadczenie Płatnika składek		
01	Data wypełnienia	DDMMRRRR Zgodna z datą wydruku