

## DANE TESTOWE

## 1. DANE OGÓLNE

Numer danej testowej	FOB_DT_1_15
Nazwa danej testowej	Dokumenty zgłoszeniowe utworzone w wyniku rejestracji bezrobotnego z prawem do zasiłku po 7 dniach karencji

## 2. SZCZEGÓŁY DANYCH TESTOWYCH

## 2.1. DANE DO IDENTYFIKACJI OSOBY W BAZIE

Lp.	Nazwa pola	Wymagane/ Opcjonalne	Wartość pola
1.	PESEL	W	
2.	Nazwisko	W	
3.	Imię	W	
Beneficjent zarejestrowany w systemie - dostępny z poziomu kartoteki osób bezrobotnych			

## 2.2. DOKUMENTY ZGŁOSZENIOWE UTWORZONE W WYNIKU REJESTRACJI

Dane identyfikacyjne ubezpieczonego	Rodzaj Zgł.	Opcja Zgł. / wyr.	Kod tytułu ubezpie.	Data zgł. / wyr.	Kod przycz. wyr.	Oddział NFZ
	ZZA	zdr.	091100	Data rejestracji	--	Zgodny z zapisem w bazie
	ZWUA	zdr	091100	Data przyz.świad.	600	--
	ZUA	zdr. i społ.	091000	Data przyz.świad.	--	Zgodny z zapisem w bazie
	ZWUA	zdr. i społ	091000	Upływ pobierania zasiłku	100	--
	ZZA	Zdr.	091100	Upływ pobierania zasiłku	--	Zgodny z zapisem w bazie

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

ZUS ZZA		
<b>I. Dane organizacyjne</b>		
01	Zgł. do ubezpie. zdrowotnego	TAK
02	Zgł. Zmiany / korekty	-
<b>II. Dane identyfikacyjne Płatnika składek</b>		
01	NIP bez kresek	zgodna z bazą
02	REGON	zgodna z bazą
06	Nazwa skrócona	zgodna z bazą
<b>III. Dane identyfikacyjne osoby zgłaszanej do ubezpieczenia</b>		
01	PESEL	
02	NIP	
03	Rodzaj dokumentu	

04	Seria i nr dokumentu	
05	Nazwisko	
06	Imię pierwsze	
07	Data urodzenia (dd/mm/rr)	
<b>IV. Dane ewidencyjne osoby zgłaszanej do ubezpieczenia</b>		
01	Imię drugie	
02	Nazwisko rodowe	--
03	Obywatelstwo	POLSKIE
04	Płeć	K
<b>V. Tytuł ubezpieczenia</b>		
01	Kod tytułu ubezpieczenia	09 11 0 0
<b>VIII. Dane o oddziale NFZ</b>		
01	Kod oddziału/Nazwa	
<b>IX. Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu</b>		
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
<b>X. Adres zamieszkania</b>		Nie wypełniany
<b>XI. Adres do korespondencji</b>		Nie wypełniany
09	Adres poczty elektronicznej	
<b>XII. Oświadczenie Płatnika składek</b>		W formacie DD/MM/RRRR
01	Data wypełnienia	Zgodnie z datą drukowania

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

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

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