

DANE TESTOWE

1. DANE OGÓLNE

Numer danej testowej	FOB_DT_1_17
Nazwa danej testowej	Dokumenty zgłoszeniowe utworzone w wyniku rejestracji bezrobotnego z prawem do zasiłku po 90 dniach karencji

2. SZCZEGÓŁY DANYCH TESTOWYCH

2.1. DANE DO IDENTYFIKACJI OSOBY W BAZIE

Lp.	Nazwa pola	Wymagane/ Opcjonalne	Wartość pola
1.	PESEL	O	80042057525
2.	Nazwisko	O	Żurawski
3.	Imię	O	Józef
Beneficjent zarejestrowany w systemie - dostępny w rejestrze osób bezrobotnych			

2.2. DOKUMENTY ZGŁOSZENIOWE UTWORZONE W WYNIKU REJESTRACJI

Zakres danych umieszczanych na wydruku dokumentu zgłoszeniowego ZUS ZZA

ZUS ZZA		
I. Dane organizacyjne		
01	Zgł. do ubezpie. zdrowotnego	TAK
02	Zgł. Zmiany / korekty	-
II. Dane identyfikacyjne Płatnika składek		Wartość dot. urzędu pracy
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	80042057525
02	NIP	-
03	Rodzaj dokumentu	-
04	Seria i nr dokumentu	-
05	Nazwisko	Żurawski
06	Imię pierwsze	Józef
07	Data urodzenia (dd/mm/rr)	20.04.1980
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 0
VI. Dane o oddziale NFZ		
01	Data powstania ubezpie.	03.11.2014
02	Kod oddziału/Nazwa	zgodnie z bazą
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
IX. Adres zamieszkania		Nie wypełniany
X. Adres do korespondencji		zgodnie z bazą
01	Kod pocztowy	zgodnie z bazą
02	Miejscowość	zgodnie z bazą
03	Ulica	zgodnie z bazą
04	Numer domu	zgodnie z bazą
05	Numer lokalu	zgodnie z bazą
XI. Oświadczenie Płatnika składek		W formacie DD/MM/RRRR
01	Data wypełnienia	Zgodnie z datą drukowania

Zakres danych umieszczanych na wydruku dokumentu zgłoszeniowego ZUS ZWUA

ZUS ZWUA		
I. Dane organizacyjne		
03	Wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego	TAK
II. Dane identyfikacyjne Płatnika składek		
01	NIP bez kresek	zgodna z bazą
02	REGON	zgodna z bazą
06	Nazwa skrócona	zgodna z bazą
III. Dane identyfikacyjne osoby wyrejestrowywanej z ubezpieczeń		
01	PESEL	zgodnie z bazą
02	NIP	--
03	Rodzaj dokumentu	zgodnie z bazą
04	Seria i nr dokumentu	zgodnie z bazą
05	Nazwisko	zgodnie z bazą
06	Imię pierwsze	zgodnie z bazą
07	Data urodzenia (dd/mm/rr)	zgodnie z bazą
IV. Wyrejestrowanie z ubezpieczeń		
01	Kod tytułu ubezpieczenia	09 11 0 0
02	Od dnia	02.02.2015
03	Kod przyczyny wyrejestr.	600
XII. Oświadczenie Płatnika składek		
01	Data wypełnienia	Zgodnie z datą drukowania

Zakres danych umieszczanych na wydruku dokumentu zgłoszeniowego ZUS ZUA

ZUS ZUA		
I. Dane organizacyjne		
01	Zgł. do ubezp. społecznych i ubezp. zdrowotnego	TAK
02	Zgł. Zmiany / korekty	-
II. Dane identyfikacyjne Płatnika 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	zgodnie z bazą
02	NIP	--
03	Rodzaj dokumentu	1
04	Seria i nr dokumentu	zgodnie z bazą
05	Nazwisko	zgodnie z bazą
06	Imię pierwsze	zgodnie z bazą
07	Data urodzenia (dd/mm/rr)	zgodnie z bazą
IV. Dane ewidencyjne osoby zgłaszanej do ubezpieczeń		
01	Imię drugie	--
02	Nazwisko rodowe	--
03	Obywatelstwo	POLSKIE
04	Płeć	K
V. Tytuł ubezpieczenia		
01	Kod tytułu ubezpieczenia	09 10 0 0
VI. Dane o obowiązkowych ubezpieczeniach społecznych		
02	Data powstania obowiązku ub.	(data przyznania świadczeń)
03	Podlega emerytalnemu	TAK
04	Podlega rentowemu	TAK
VII. Dane o obowiązkowych ubezpieczeniu zdrowotnym		
01	Data powstania obowiązku ub.	(data przyznania świadczeń)
XI. Dane o oddziale NFZ		
01	Kod oddziału/Nazwa	zgodnie z bazą
XII. Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu		zgodnie z bazą
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
XIII. Adres zamieszkania		Nie wypełniany
XIV. Adres do korespondencji		zgodnie z bazą
01	Kod pocztowy	zgodnie z bazą
02	Miejscowość	zgodnie z bazą
03	Ulica	zgodnie z bazą
04	Numer domu	zgodnie z bazą
05	Numer lokalu	zgodnie z bazą
XV. Oświadczenie Płatnika składek		W formacie DD/MM/RRRR
01	Data wypełnienia	Zgodnie z datą drukowania