

## DANE TESTOWE

### 1. DANE OGÓLNE

|                      |                            |
|----------------------|----------------------------|
| Numer danej testowej | DT_8_3                     |
| Nazwa danej testowej | Dane korekty indywidualnej |

### 2. SZCZEGÓŁY DANYCH TESTOWYCH

Naliczenie korekty indywidualnej za trzy miesiące (03, 04 i 05.2015 r.) osobie pobierającej zasiłek 100% naliczany w wyższej kwocie i obniżonej. Obniżona wysokość zasiłku 100% od dnia 15.04.2015 r.

#### 2.1. DANE NAGŁÓWKA LISTY WYPŁAT

| Lp. | Nazwa pola                                  | Wymagane/<br>Opcjonalne | Wartość pola  |
|-----|---|-------------------------|---|
| 1.  | Numer listy wypłat                          | W                       | 15/KI/Nr kolejny listy                              |
| 2.  | Data początkowa okresu naliczania świadczeń | W                       | 01.03.2015  |
| 3.  | Data końcowa okresu naliczania świadczeń    | W                       | 31.05.2015  |
| 4.  | Data generacji                              | W                       | 05.06.2015  |
| 5.  | Data wypłaty                                | W                       | 20.06.2015  |
| 6.  | Miejsce wypłaty                             | W                       | Bank PKO BP – przelew                               |
| 7.  | Sporządził                                  | W                       | Dane identyfikacyjne użytkownika                    |
| 8.  | Nazwa systemu                               | W                       |   |
| 9.  | Uwagi                                       | O                       | Wypłata zasiłku 100% na indywidualnej liście wypłat |

#### 2.2. DANE IDENTYFIKACYJNE KLIENTA RP – DLA INDYWIDUALNYCH LIST WYPŁAT UMIESZCZANE SĄ W NAGŁÓWKU LISTY

| Lp. | Nazwa pola                 | Wymagane/<br>Opcjonalne | Wartość pola                |
|-----|----------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| 1.  | Nazwisko i imię Klienta RP | W                       | Kułaga Marta                |
| 2.  | Imię ojca                  | W                       | Jakub                       |
| 3.  | Adres                      | W                       | ul. Leśna 7<br>77-100 Bytów |
| 4.  | Data urodzenia             | W                       | 23.06.1968                  |
| 5.  | PESEL                      | W                       | 68062301327                 |
| 6.  | Nr dokumentu tożsamości    | O                       | AAR42931                    |
| 7.  | Forma płatności            | W                       | Przelew do banku            |

**2.3. DANE NALICZONYCH ŚWIADCZEŃ NA LIŚCIE WYPŁAT**

| Lp. | Nazwa pola  | Wymagane/<br>Opcjonalne | Wartość pola            |
|-----|---|-------------------------|-------------------------|
| 1.  | Okres naliczania  | W                       | 01.03.2015 – 31.03.2015 |
| 2.  | Kod świadczenia będącego składnikiem wypłaty                  | W                       | Z100                    |
| 3.  | Liczba dni świadczenia  | W                       | 31                      |
| 4.  | Kwota brutto świadczenia/świadczeń                            | W                       | 831,10                  |
| 5.  | Kwota netto świadczenia                                       | W                       | 717,30                  |
| 6.  | Kwota podatku od świadczenia                                  | W                       | 39,00                   |
| 7.  | Kwota składki zdrowotnej od świadczenia odliczonej od dochodu | W                       | 10,39                   |
| 8.  | Kwota składki zdrowotnej od świadczenia odliczona od podatku  |                         | 64,41                   |
| 9.  | Kwota odliczonej składki zdrowotnej od świadczenia            |                         | 74,80                   |
| 10. | Pełna kwota składki zdrowotnej od świadczenia                 |                         | 74,80                   |
| 11. | Kwota do Przelania  | W                       | 717,30                  |
| 12. | Nr rachunku bankowego   | O                       | Nr rachunku             |

|     |   |   |                         |
|-----|---|---|-------------------------|
| 1.  | Okres naliczania  | W | 01.04.2015 – 30.04.2015 |
| 2.  | Kod świadczenia będącego składnikiem wypłaty                  | W | Z100                    |
| 3.  | Liczba dni świadczenia  | W | 30                      |
| 4.  | Kwota brutto świadczenia/świadczeń                            | W | 735,90                  |
| 5.  | Kwota netto świadczenia                                       | W | 640,67                  |
| 6.  | Kwota podatku od świadczenia                                  | W | 29,00                   |
| 7.  | Kwota składki zdrowotnej od świadczenia odliczonej od dochodu | W | 9,20                    |
| 8.  | Kwota składki zdrowotnej od świadczenia odliczona od podatku  |   | 57,03                   |
| 9.  | Kwota odliczonej składki zdrowotnej od świadczenia            |   | 66,23                   |
| 10. | Pełna kwota składki zdrowotnej od świadczenia                 |   | 66,23                   |
| 11. | Kwota do Przelania  | W | 640,67                  |
| 12. | Nr rachunku bankowego   | O | Nr rachunku             |

|     |   |   |  |
|-----|---|---|--|
| 1.  | Okres naliczania  | W | 01.05.2015 – 31.05.2015  |
| 2.  | Kod świadczenia będącego składnikiem wypłaty                  | W | Z100   |
| 3.  | Liczba dni świadczenia  | W | 31   |
| 4.  | Kwota brutto świadczenia/świadczeń                            | W | 652,60   |
| 5.  | Kwota netto świadczenia                                       | W | 572,87   |
| 6.  | Kwota podatku od świadczenia                                  | W | 21,00  |
| 7.  | Kwota składki zdrowotnej od świadczenia odliczonej od dochodu | W | 8,15   |
| 8.  | Kwota składki zdrowotnej od świadczenia odliczona od podatku  | W | 50,58  |
| 9.  | Kwota odliczonej składki zdrowotnej od świadczenia            | W | 58,73  |
| 10. | Pełna kwota składki zdrowotnej od świadczenia                 | W | 58,73  |
| 11. | Kwota do Przelania  | W | 572,87   |
| 12. | Nr rachunku bankowego   | O | Nr rachunku  |
| 13. | Łączna kwota do przelania                                     | W | 1930,84  |
| 14. | Słownie ogólna kwota do przelania                             | W | jeden tysiąc dziewięćset trzydzieści złotych osiemdziesiąt cztery grosze |

#### 2.4. DANE PODSUMOWANIA LISTY ŚWIADCZEŃ

| Lp. | Nazwa pola                                      | Wymagane/<br>Opcjonalne | Wartość pola                |
|-----|---|-------------------------|-----------------------------|
| 1.  | Rodzaj świadczenia będącego składnikiem wypłaty | W                       | Suma zasiłków podst. (100%) |
| 2.  | Liczba dni świadczenia (suma)                   | W                       | 92                          |
| 3.  | Liczba wystąpień (suma)                         | W                       | 3                           |
| 4.  | Kwota brutto świadczenia (suma)                 | W                       | 2219,60                     |
| 5.  | Kwota netto świadczenia (suma)                  | W                       | 1930,84                     |
| 6.  | Kwota podatku od świadczenia (suma)             | W                       | 89                          |
| 7.  | Odliczona składka zdrowotna (suma)              | W                       | 199,76                      |
| 8.  | Ogólna kwota wypłaty                            | W                       | 1930,84                     |
| 9.  | Ogólna kwota podatku                            | W                       | 89                          |
| 10. | Ogólna kwota odliczonej składki zdrowotnej      | W                       | 199,76                      |

**2.5. DANE PODSUMOWANIA SKŁADEK SPOŁECZNYCH I ZDROWOTNYCH**

| Lp. | Nazwa pola  | Wymagane/<br>Opcjonalne | Wartość pola                   |
|-----|---|-------------------------|--------------------------------|
| 1.  | Rodzaj podstawy (świadczenia)                                 | O                       | Zasiłek podst. (100%)          |
| 2.  | Kwota odliczonej składki zdrowotnej od świadczenia            | O                       | 199,76                         |
| 3.  | Kwota składki zdrowotnej od świadczenia odliczonej od dochodu | O                       | 27,74                          |
| 4.  | Kwota składki zdrowotnej od świadczenia odliczona od podatku  | O                       | 172,02                         |
| 5.  | Kwota składki emerytalnej od świadczenia                      | O                       | 433,27                         |
| 6.  | Kwota składki rentowej od świadczenia                         | O                       | 177,57                         |
| 7.  | Kwota składki wypadkowej od świadczenia                       | O                       | Nie jest naliczana od zasiłków |