

## DANE TESTOWE

## 1. DANE OGÓLNE

Numer danej testowej	FOB_DT_1_17
Nazwa danej testowej	Dokumenty zgłoszeniowe członków rodziny ZUS ZCNA

## 2. SZCZEGÓŁY DANYCH TESTOWYCH

## 2.1. DANE DO IDENTYFIKACJI OSOBY W BAZIE

Lp.	Nazwa pola	Wymagane/ Opcjonalne	Wartość pola
1.	PESEL	O	
2.	Nazwisko	O	
3.	Imię	O	
Ubezpieczony (bezrobotny zarejestrowany z prawem do zasiłku)			

## 2.2. DOKUMENTY ZGŁOSZENIOWE UTWORZONE W WYNIKU REJESTRACJI

Lista członków rodzin bezrobotnych zgłaszanych do ubezpieczenia zdrowotnego

Dane id bezrobotne go	Dane członka rodziny	Stopień pokrew.	Adres zamieszkania	Data zgłoszenia	
Bezrobotny bez prawa		Syn (11)		Data rejestracji ubezp.	
		Córka (11)		Data urodzenia	
		Małżonek (01)			
Bezrobotny z prawem do zasiłku.		Syn (11)		Data rejestracji ubezp	
		Syn (11)		Data rejestracji ubezp.	

2.3. ZAKRES DANYCH UMIESZCZANYCH NA WYDRUKU DOKUMENTU ZGŁOSZENIOWEGO  
ZUS ZCNA

ZUS ZCNA		
I. Dane organizacyjne		
01	Data nadania	
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

<b>III. Dane identyfikacyjne osoby ubezpieczonej</b>		
01	PESEL	zgodna z bazą
02	NIP	zgodna z bazą
03	Rodzaj dokumentu	--
04	Seria i nr dokumentu	--
05	Nazwisko	zgodna z bazą
06	Imię pierwsze	zgodna z bazą
07	Data urodzenia (dd/mm/rr)	zgodna z bazą
<b>IV.A. Dane o członku rodziny osoby ubezpieczonej uprawnionym do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego.</b>		
01	Zgłosz.(1)/Wyrej.(2)	1
02	Data uzyskania/utruty upr.do ub.zdr.	Zgodna z bazą
03	PESEL	Zgodny z bazą
04	NIP	Zgodny z bazą
05	Rodzaj dokumentu	
06	Seria i nr dokumentu	
07	Nazwisko	Zgodne z bazą
08	Imię pierwsze	Zgodne z bazą
09	Data urodzenia (dd/mm/rr)	Zgodna z bazą
10	Kod stopnia pokrewieństwa	Zgodne z bazą
12	Czy pozostaje na wspólnym	--
13	Kod stopnie niepełnospr.	
<b>IV.B. Adres zamieszkania</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>V.A. Dane o członku rodziny osoby ubezpieczonej uprawnionym do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego.</b>		
01	Zgłosz.(1)/Wyrej.(2)	1
02	Data uzyskania/utruty upr.do ub.zdr.	Zgodna z bazą
03	PESEL	Zgodny z bazą
04	NIP	Zgodny z bazą
05	Rodzaj dokumentu	
06	Seria i nr dokumentu	
07	Nazwisko	Zgodne z bazą
08	Imię pierwsze	Zgodne z bazą
09	Data urodzenia (dd/mm/rr)	Zgodna z bazą
10	Kod stopnia pokrewieństwa	Zgodne z bazą
12	Czy pozostaje na wspólnym	--
13	Kod stopnie niepełnospr.	
<b>V.B. Adres zamieszkania</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>VI. Oświadczenie Płatnika składek</b>		
<b>01</b>	Data wypełnienia	DD/MM/RRRR (zgodnie z datą wydruku)