

DANE TESTOWE

1. DANE OGÓLNE

Numer danej testowej	FOB_DT_8_2
Nazwa danej testowej	Dane listy korekcyjnej z niepobrzanymi świadczeniami

2. SZCZEGÓŁY DANYCH TESTOWYCH

Korekta naliczonej listy z wypłatami niepobrzanymi zasiłków 100%, 80%, 120%.

2.1. DANE NAGŁÓWKA LISTY WYPŁAT

Lp.	Nazwa pola	Wymagane/ Opcjonalne	Wartość pola
1.	Numer listy wypłat	W	Korekcyjna lista do listy z DT_8_1
2.	Data początkowa okresu naliczania świadczeń	W	01.04.2017
3.	Data końcowa okresu naliczania świadczeń	W	31.04.2017
4.	Data generacji	W	Data systemowa
5.	Data wypłaty	W	16.06.2017
6.	Miejsce wypłaty	W	Kasa2
7.	Sporządził	W	Dane identyfikacyjne użytkownika
8.	Nazwa systemu	W	
9.	Uwagi	O	Korekta niepobranych zasiłków

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

Lp.	Nazwa pola	Wymagane/ Opcjonalne	Wartość pola
1.	Nazwisko i imię Klienta RP	W	Turla Jadwiga
2.	Imię ojca	W	Janusz
3.	Adres	W	ul. Malinowa 13 77-100 Bytów
4.	Data urodzenia	W	04.02.1982
5.	PESEL	W	82020435802
6.	Nr dokumentu tożsamości	O	AFJ512257
7.	Forma płatności	W	Kasa

Lp.	Nazwa pola	Wymagane/ Opcjonalne	Wartość pola
1.	Nazwisko i imię Klienta RP	W	Banacki Marek
2.	Imię ojca	W	Zygmunt

3.	Adres	W	ul. Toruńska 16 77-100 Bytów
4.	Data urodzenia	W	20.10.1966
5.	PESEL	W	66102062618
6.	Nr dokumentu tożsamości	O	AEE963565
7.	Forma płatności	W	Kasa

Lp.	Nazwa pola	Wymagane/ Opcjonalne	Wartość pola
8.	Nazwisko i imię Klienta RP	W	Jarosław Przybyłek
9.	Imię ojca	W	Joachim
10.	Adres	W	ul. Rozwadowska 23A 77-100 Bytów
11.	Data urodzenia	W	24.10.1958
12.	PESEL	W	58102404714
13.	Nr dokumentu tożsamości	O	ABR121214
14.	Forma płatności	W	Kasa

2.3. DANE NIEPODJĘTYCH ŚWIADCZEŃ

Lp.	Nazwa pola	Wymagane/ Opcjonalne	Wartość pola
15.	Kod świadczenia będącego składnikiem wypłaty	W	ZZ80 ZZ100 ZZ120
16.	Liczba dni świadczenia	W	30 30 30
17.	Kwota brutto świadczenia/świadczeń	W	522,10 652,60 783,20
18.	Kwota netto świadczenia	W	468,11 572,87 678,71
19.	Kwota podatku od świadczenia	W	7,00 21,00 34,00
20.	Kwota składki zdrowotnej od świadczenia odliczonej od dochodu	W	6,53 8,15 9,79
21.	Kwota składki zdrowotnej od	W	40,46

	świadczenia odliczona od podatku		50,58 60,70
22.	Kwota odliczonej składki zdrowotnej od świadczenia		46,99 58,73 70,49
23.	Pełna kwota składki zdrowotnej od świadczenia		46,99 58,73 70,49
24.	Kwota do wypłaty/Przelania	W	468,11 572,87 678,71
25.	Nr rachunku bankowego	O	Tylko gdy przelew
26.	Łączna kwota wypłaty/do przelania		1719,69
27.	Słownie ogólna kwota wypłaty/przelania		jeden tysiąc siedemset dziewiętnaście złotych sześćdziesiąt dziewięć groszy

2.4. DANE PODSUMOWANIA LISTY ŚWIADCZEŃ

Lp.	Nazwa pola	Wymagane/ Opcjonalne	Wartość pola
1.	Rodzaj świadczenia będącego składnikiem wypłaty	W	Suma zasiłków obniż. (80%) Suma zasiłków podst. (100%) Suma zasiłków podwyż. (120%)
2.	Liczba dni świadczenia (suma)	W	30 30 30
3.	Liczba wystąpień (suma)	W	3
4.	Kwota brutto świadczenia (suma)	W	1957,90
5.	Kwota netto świadczenia (suma)	W	1719,69
6.	Kwota podatku od świadczenia (suma)	W	naliczona na podstawowej liście
7.	Odliczona składka zdrowotna (suma)	W	naliczona na podstawowej liście
8.	Ogólna kwota wypłaty	W	1719,69
9.	Ogólna kwota podatku	W	naliczona na podstawowej liście
10.	Ogólna kwota odliczonej składki zdrowotnej	W	naliczona na podstawowej liście

2.5. DANE PODSUMOWANIA SKŁADEK SPOŁECZNYCH I ZDROWOTNYCH

Lp.	Nazwa pola	Wymagane/ Opcjonalne	Wartość pola
1.	Rodzaj podstawy (świadczenia)	O	--

2.	Kwota odliczonej składki zdrowotnej od świadczenia	O	(naliczona na podstawowej liście)
3.	Kwota składki zdrowotnej od świadczenia odliczonej od dochodu	O	(naliczona na podstawowej liście)
4.	Kwota składki zdrowotnej od świadczenia odliczona od podatku	O	(naliczona na podstawowej liście)
5.	Kwota składki emerytalnej od świadczenia	O	(naliczona na podstawowej liście)
6.	Kwota składki rentowej od świadczenia	O	(naliczona na podstawowej liście)
7.	Kwota składki wypadkowej od świadczenia	O	(naliczona na podstawowej liście)