

DANE TESTOWE

1. DANE OGÓLNE

Numer danej testowej	FOB_DT_4_2
Nazwa danej testowej	Dane członków rodziny

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	
Bezrobotny z prawem do zasiłku. Brak w bazie danych dotyczących członków rodziny - rejestracja danych w trakcie posiadania statusu bezrobotnego.			

2.2. DANE CZŁONKÓW RODZINY BEZROBOTNEGO ZGŁASZANYCH DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

LP	Nazwa pola	Wymagane/ Opcjonalne	Wartość pola #1	Wartość pola #2
1.	Imię*	W		
2.	Nazwisko	W		
3.	Data urodzenia	W		W okresie rejestracji
4.	Pesel osoby	W		
5.	NIP	O	pomijane	pomijane
6.	Kod stopnia pokrewieństwa	W	Syn	Córka
7.	Rodzaj dokumentu tożsamości	O	pomijane	pomijane
	Nr dokum. tożsamości	O	pomijane	pomijane
8.	Rodzaj aktywności	W		
9.	Stopień niepełnosprawności	O		
10.	Adnotacje pracownika PUP	O		
11.	Data końca ważności orzeczenia inwalidzkiego	O		
12.	Data orzeczenia inwalidzkiego	O		
13.	Czy zgłaszać do ubezpieczenia	W	T	T
14.	Data zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego	O		Data urodzenia
15.	Data wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego	O		
16.	Adres	O	pomijane	pomijane

LP	Nazwa pola	Wymagane/ Opcjonalne	Wartość pola #3
1.	Imię	W	
2.	Nazwisko	W	

3.	Data urodzenia	W	
4.	Pesel osoby	W	
5.	NIP	O	
6.	Kod stopnia pokrewieństwa	W	Małżonka
7.	Rodzaj dokumentu tożsamości	O	
8.	Nr dokum. tożsamości	O	
9.	Rodzaj aktywności	W	
10.	Stopień niepełnosprawności	O	
11.	Adnotacje pracownika PUP	O	
12.	Data końca ważności orzeczenia inwalidzkiego	O	
13.	Data orzeczenia inwalidzkiego	O	
14.	Czy zgłaszać do ubezpieczenia	W	T
15.	Data zgłoszenia do ubezpiecz. zdrowotnego	O	Data rejestracji w systemie
16.	Data wyrejestrowania z ubezpiecz. zdrowotnego	O	
17.	Adres	O	Adres zamieszkania inny niż bezrobotnego

2.3. WYNIK REJESTRACJI DANYCH - UTWORZONE DOKUMENTY ZGŁOSZENIOWE DO ZUS

#1	ZCNA	zgł	Data zgłoszenia	Na wydruku umieszczane są dane dwóch członków rodziny (część IV i V)
#2	ZCNA	zgł	Data urodzenia	
#3	ZCNA	zgł	Data zgłoszenia	

Zakres danych umieszczanych na wydruku dokumentu zgłoszeniowego ZUS ZCNA - Zgłoszenie danych o członkach rodziny dla celów ubezpieczenia zdrowotnego

ZUS ZCNA		
I. Dane organizacyjne		
01	Data nadania	
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 ubezpieczonej		
01	PESEL	zgodna z bazą
02	NIP	
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
IV.A. Dane o członku rodziny osoby ubezpieczonej uprawnionym do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego.		
01	Zgłoszenie/wyrejestrowanie	
02	Data uzyskania/utraty uprawnień do ub. zdr.	
03	Numer PESEL	
04	Numer NIP	
05/06	Seria i nr dokumentu	--

07	Nazwisko	zgodna z bazą
08	Imię pierwsze	zgodna z bazą
09	Data urodzenia (dd/mm/rr)	zgodna z bazą
10	Kod stopnia pokrewieństwa	zgodna z bazą
12	Kod stopnia niepełnosprawności	zgodna z bazą
IV.B. Adres zamieszkania (wpisać jeśli jest inny niż adres zamieszkania ubezpieczonego)		
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
V.A. Dane o członku rodziny osoby ubezpieczonej uprawnionym do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego.		
01	Zgłoszenie/wyrejestrowanie	
02	Data uzyskania/utruty uprawnień do ub. zdr.	
03	Numer PESEL	
04	Numer NIP	
05/06	Seria i nr dokumentu	--
07	Nazwisko	zgodna z bazą
08	Imię pierwsze	zgodna z bazą
09	Data urodzenia (dd/mm/rr)	zgodna z bazą
10	Kod stopnia pokrewieństwa	zgodna z bazą
12	Kod stopnia niepełnosprawności	zgodna z bazą
V.B. Adres zamieszkania (wpisać jeśli jest inny niż adres zamieszkania ubezpieczonego)		
01	Kod pocztowy	zgodnie z bazą dla #3
02	Miejscowość	zgodnie z bazą dla #3
03	Gmina	zgodnie z bazą dla #3
04	Ulica	zgodnie z bazą dla #3
05	Numer domu	zgodnie z bazą dla #3
06	Numer lokalu	zgodnie z bazą dla #3
07	Numer telefonu	zgodnie z bazą dla #3
VI. Oświadczenie Płatnika składek		
01	Data wypełnienia	Zgodnie z datą drukowania