

DANE TESTOWE

1. DANE OGÓLNE

| | |
|----------------------|--|
| Numer danej testowej | FOB_DT_8_7 |
| Nazwa danej testowej | Dane listy wypłat ze stypendiami dla poszukujących pracy |

2. SZCZEGÓŁY DANYCH TESTOWYCH

Naliczenie listy wypłat dla osób niepełnosprawnych nie pozostających w zatrudnieniu z przyznanymi stypendiami za miesiąc 04.2017: stażowym, szkoleniowym, za przygotowanie zawodowe (150 godzin szkolenia/przygotowania), za studia podyplomowe.

Wysokość składki wypadkowej 1,12%. Osoby przypisane do listy zasiłkowej G5.

2.1. DANE NAGŁÓWKI LISTY WYPŁAT

| Lp. | Nazwa pola | Wymagane/ Opcjonalne | Wartość pola |
|-----|---|-------------------------|---|
| 1. | Numer listy wypłat | W | G5/17/001 |
| 2. | Data początkowa okresu naliczania świadczeń | W | 01.04.2017 |
| 3. | Data końcowa okresu naliczania świadczeń | W | 30.04.2017 |
| 4. | Data generacji | W | Data systemowa |
| 5. | Data wypłaty | W | 11.05.2017 |
| 6. | Miejsce wypłaty | W | Kasa4 |
| 7. | Sporządził | W | Dane identyfikacyjne użytkownika |
| 8. | Nazwa systemu | W | |
| 9. | Uwagi | O | Stypendia dla poszukujących niepełnosprawnych |

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 | Osoba niepełnosprawna niepozostająca w zatrudnieniu podejmująca studia podyplomowe |
| 2. | Imię ojca | W | |
| 3. | Adres | W | |
| 4. | Data urodzenia | W | |
| 5. | PESEL | W | |
| 6. | Nr dokumentu tożsamości | O | |
| 7. | Forma płatności | W | w kasie |

| Lp. | Nazwa pola | Wymagane/ Opcjonalne | Wartość pola |
|-----|----------------------------|-------------------------|--|
| 1. | Nazwisko i imię Klienta RP | W | Osoba niepełnosprawna niepozostająca w zatrudnieniu podejmująca studia podyplomowe |
| 2. | Imię ojca | W | |
| 3. | Adres | W | |
| 4. | Data urodzenia | W | |
| 5. | PESEL | W | |
| 6. | Nr dokumentu tożsamości | O | |
| 7. | Forma płatności | W | w kasie |

| Lp. | Nazwa pola | Wymagane/ Opcjonalne | Wartość pola |
|-----|----------------------------|-------------------------|--|
| 1. | Nazwisko i imię Klienta RP | W | Osoba niepełnosprawna niepozostająca w zatrudnieniu skierowana na staż |
| 2. | Imię ojca | W | |
| 3. | Adres | W | |
| 4. | Data urodzenia | W | |
| 5. | PESEL | W | |
| 6. | Nr dokumentu tożsamości | O | |
| 7. | Forma płatności | W | w kasie |

| Lp. | Nazwa pola | Wymagane/ Opcjonalne | Wartość pola |
|-----|----------------------------|-------------------------|---|
| 1. | Nazwisko i imię Klienta RP | W | Osoba niepełnosprawna niepozostająca w zatrudnieniu skierowana na szkolenia |
| 2. | Imię ojca | W | |
| 3. | Adres | W | |
| 4. | Data urodzenia | W | |
| 5. | PESEL | W | |
| 6. | Nr dokumentu tożsamości | O | |
| 7. | Forma płatności | W | w kasie |

2.3.DANE NALICZONYCH ŚWIADCZEŃ NA LIŚCIE WYPŁAT

| Lp. | Nazwa pola | Wymagane/ Opcjonalne | Wartość pola |
|-----|--|-------------------------|-------------------------|
| 8. | Kod świadczenia będącego składnikiem wypłaty | W | SPW_N SPZ_N SST_N |

| | | | SSZ_N |
|-----|---|---|---|
| 9. | Liczba dni świadczenia | W | 30 30 30 30 (150 godzin) |
| 10. | Kwota brutto świadczenia/świadczeń | W | 166,30 (SPW=20% Zas.) 997,40 (SPZ=120% Zas.) 997,40 (SST=120% Zas.) 997,40 (SSZ=120% Zas. za 150 godzin) |
| 11. | Kwota netto świadczenia | W | 166,30 997,40 997,40 997,40 |
| 12. | Kwota podatku od świadczenia | W | 0 0 0 0 |
| 13. | Kwota składki zdrowotnej od świadczenia odliczonej od dochodu | W | 0 0 0 0 |
| 14. | Kwota składki zdrowotnej od świadczenia odliczona od podatku | | 0 0 0 0 |
| 15. | Kwota odliczonej składki zdrowotnej od świadczenia | | 0 0 0 0 |
| 16. | Pełna kwota składki zdrowotnej od świadczenia | | 0 0 0 0 |
| 17. | Kwota do wypłaty/Przelania | W | 166,30 997,40 997,40 997,40 |
| 18. | Nr rachunku bankowego | O | --- |
| 19. | Łączna kwota wypłaty/do przelania | | 3158,50 |
| 20. | Słownie ogólna kwota wypłaty/przelania | | trzy tysiące sto pięćdziesiąt osiem złotych pięćdziesiąt groszy |

2.4. DANE PODSUMOWANIA LISTY ŚWIADCZEŃ

| Lp. | Nazwa pola | Wymagane/ Opcjonalne | Wartość pola |
|-----|---|-------------------------|--|
| 1. | Rodzaj świadczenia będącego składnikiem wypłaty | W | Suma styp. (stud.podypl) PFRON Suma stypendiów (staż) PFRON Suma styp. (szkolenie) PFRON Suma styp. (przyg.zawod) PFRON |
| 2. | Liczba dni świadczenia (suma) | W | 30 30 30 30 |
| 3. | Liczba wystąpień (suma) | W | 1 1 1 1 |
| 4. | Kwota brutto świadczenia (suma) | W | 3158,50 |
| 5. | Kwota netto świadczenia (suma) | W | 3158,50 |
| 6. | Kwota podatku od świadczenia (suma) | W | brak wartości dla tej grupy świadczeń, z założenia podatek nie jest naliczany |
| 7. | Odliczona składka zdrowotna (suma) | W | brak wartości dla tej grupy świadczeń, z założenia składka zdrowotna nie jest naliczana |
| 8. | Ogólna kwota wypłaty | W | 3158,50 |
| 9. | Ogólna kwota podatku | W | 0,00 |
| 10. | Ogólna kwota odliczonej składki zdrowotnej | W | 0,00 |

2.5. DANE PODSUMOWANIA SKŁADEK SPOŁECZNYCH I ZDROWOTNYCH

| Lp. | Nazwa pola | Wymagane/ Opcjonalne | Wartość pola |
|-----|---|-------------------------|---|
| 1. | Rodzaj podstawy (świadczenia) | O | Stypendium (stud.podypl) PFRON Stypendium (staż) PFRON Stypendium (szkolenie) PFRON Stypendium (przyg.zawod) PFRON |
| 2. | Kwota odliczonej składki zdrowotnej od świadczenia | O | 0,00 |
| 3. | Kwota składki zdrowotnej od świadczenia odliczonej od dochodu | O | 0,00 |
| 4. | Kwota składki zdrowotnej od świadczenia odliczona od podatku | O | 0,00 |

| | | | |
|----|--|---|-------------------------------------|
| 5. | Kwota składki emerytalnej od świadczenia | O | 32,46 194,69 194,69 194,69 |
| 6. | Kwota składki rentowej od świadczenia | O | 13,30 79,79 79,79 79,79 |
| 7. | Kwota składki wypadkowej od świadczenia | O | 1,40 8,38 8,38 8,38 |