

DANE TESTOWE

1. DANE OGÓLNE

Numer danej testowej	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 04.2015: 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 NAGŁÓWKA LISTY WYPŁAT

Lp.	Nazwa pola	Wymagane/ Opcjonalne	Wartość pola
1.	Numer listy wypłat	W	G5/15/001
2.	Data początkowa okresu naliczania świadczeń	W	01.04.2015
3.	Data końcowa okresu naliczania świadczeń	W	30.04.2015
4.	Data generacji	W	Data systemowa
5.	Data wypłaty	W	11.05.2015
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		trzy tysiące sto pięćdziesiąt osiem złotych

	wypłaty/przelania		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