

SPECYFIKACJA PRZYPADKU TESTOWEGO

1. DANE OGÓLNE PRZYPADKU TESTOWEGO

| | |
|---------------------------|--|
| Numer przypadku testowego | FOB_PT_3_1 |
| Nazwa przypadku testowego | Modyfikacja/zmiana danych klienta RP i/lub członków rodziny |
| Nazwa komponentu systemu | Formalna Obsługa Beneficjenta |
| Numer danej testowej | FOB_DT_3_1 |
| Nazwa danej testowej | Zmiana danych identyfikacyjnych ubezpieczonego – zmiana nazwiska |
| Numer danej testowej | FOB_DT_3_2 |
| Nazwa danej testowej | Zmiana danych identyfikacyjnych ubezpieczonego – uzupełnienie numeru NIP |
| Numer danej testowej | FOB_DT_3_3 |
| Nazwa danej testowej | Zmiana przynależności do NFZ – wyłączenie z ubezpieczenia zdrowotnego |

2. DANE TESTOWANEGO SYSTEMU

| | |
|----------------|--|
| Nazwa systemu | |
| Wersja systemu | |

3. DANE WEJŚCIOWE

| Lp. | Opis |
|-----|---|
| 1. | Zarejestrowani w systemie bezrobotni z prawem i/ lub bez prawa do zasiłku |
| 2. | Informacja o zmianie danych identyfikacyjnych i ewidencyjnych ubezpieczonego bezrobotnego |

4. KROKI TESTU

| Lp. | Nazwa kroku testowego | Poprawność wykonania [Tak/ Nie] | Numer błędu |
|-----|---|---------------------------------|-------------|
| 1. | Wyszukanie bezrobotnego w celu wprowadzenia zmian do zarejestrowanych w systemie danych | | |
| 2. | Modyfikacja danych identyfikacyjnych ubezpieczonego (zmiana po wygenerowaniu dokumentów zgłoszeniowych) – zmiana imienia i/ lub nazwiska | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Sprawdzenie poprawności zarejestrowania zmian danych identyfikacyjnych ubezpieczonego bezrobotnego | | |
| 3. | Modyfikacja danych adresowych bezrobotnego lub zmiana adresu zameldowania na stałe i/ lub zamieszkania i/ lub korespondencyjnego (zmiana po wygenerowaniu dokumentów zgłoszeniowych) | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Sprawdzenie poprawności zarejestrowania zmian adresowych adresu zameldowania na stałe i/ lub zamieszkania i/ lub korespondencyjnego | | |

| | | | |
|----|---|--|--|
| 4. | Zmiana przynależności do oddziału NFZ (zmiana po wygenerowaniu dokumentów zgłoszeniowych) | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Sprawdzenie poprawności wybranego oddziału NFZ | | |
| 5. | Wyłączenie bezrobotnego z ubezpieczenia zdrowotnego z dniem rejestracji przed przekazaniem dokumentów zgłoszeniowych do ZUS | | |
| 6. | Wyłączenie ubezpieczonego z ubezpieczenia zdrowotnego po przekazaniu dokumentów zgłoszeniowych do ZUS | | |
| 7. | Wyłączenie członka rodziny bezrobotnego z ubezpieczenia zdrowotnego po przekazaniu dokumentów zgłoszeniowych do ZUS | | |

5. DANE WYJŚCIOWE

| Lp. | Opis |
|-----|---|
| 1. | Wprowadzone zmiany danych identyfikacyjnych i ewidencyjnych u zarejestrowanych bezrobotnych |

6. BŁĘDY, KTÓRE WYSTĄPIŁY PODCZAS REALIZACJI TESTU

| Numer błędu | Klasyfikacja błędu | Opis |
|-------------|--------------------|------|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |
| 5. | | |

7. UWAGI DOTYCZĄCE REALIZACJI TESTU

.....

.....

.....

.....

.....

| Data przeprowadzenia testów | Podpis przedstawiciela MPiPS | Podpis przedstawiciela producenta systemu |
|-----------------------------|------------------------------|---|
| | | |