**ZAHTEVA DELAVCA ZA NEPOSREDNO IZPLAČILO NADOMESTILA PLAČE MED ZAČASNO ZADRŽANOSTJO OD DELA**

**za mesec zadržanosti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ leta\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Podatki o vložniku(-ci)** *(izpolnite)***:**

ime, priimek \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefonska št. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

roj. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, davčna številka \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

naslov \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Podatki o zavarovani osebi / upravičencu(-ki):**

*(izpolnite le, če niste hkrati upravičenec, v tem primeru je treba priložiti pooblastilo za zastopanje)*

ime, priimek \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

roj. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, davčna številka \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

naslov \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Podatki o transakcijskem računu upravičenca nakazila** *(izpolnite)***:**

številka TRR:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

naziv banke *(izpolnite le, če je naveden TRR tuje banke):*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

BIC banke *(izpolnite le, če je naveden TRR tuje banke)*:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Podatki o delodajalcu:**

Naziv:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Naslov:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ustrezno obkrožite:**

Sem davčni rezident\* Slovenije: **da / ne**

Z odločbo Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije (ZPIZ) imam priznano pravico do dela v skrajšanem delovnem času: **da / ne**

**Podatki o glavnem delodajalcu/izplačevalcu za mesec zadržanosti**

*(izpolnite le, če ste imeli v mesecu zadržanosti dva ali več delodajalcev oz. izplačevalcev dohodkov)*

* **ZZZS je glavni delodajalec/izplačevalec,** ki izplačuje pretežni del dohodka in od izplačanega dohodka za posamezen mesec obračuna in odtegne obvezni zdravstveni prispevek
* **ZZZS je drugi delodajalec/izplačevalec,** ki izplačuje manjši del dohodka za navedeni mesec in nima obveznosti obračuna obveznega zdravstvenega prispevka, saj sem pri delodajalcu oziroma drugem izplačevalcu za navedeni mesec podal izjavo, da je glavni delodajalec oz. glavni izplačevalec, ki bo obračunal in odtegnil OZP.

Strinjam se, da ZZZS pridobi podatke iz mojih elektronskih Potrdil o upravičeni zadržanosti od dela (eBOL) in elektronskih Potrdil o darovanju krvi (ePODK), ki se nanašajo na navedeni mesec zadržanosti.

Kraj in datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis vložnika (-ice)

**Priloge** *(označite priloge):*

□ izjava delodajalca (oz. stečajnega upravitelja), da **vsem** pri njem zaposlenim delavcem ni izplačal

 plač in nadomestil plač in da tudi delavcu ni izplačal nadomestila, ki je predmet zahteve\*\*

□ izpis prometa na TRR od meseca zadržanosti do vložitve zahteve

□ izjava o uveljavljanju olajšave pri dohodnini - za vzdrževane družinske člane

□ izjava o uveljavljanju olajšave pri dohodnini – prostovoljno in nepoklicno opravljanje nalog zaščite,

 reševanja in pomoči nepretrgoma najmanj 10 let

□ zahteva za upoštevanje najnižje možne splošne olajšave (ne glede na višino nadomestila)

□ potrdilo o sobivanju □ podatki za obračun nadomestila □ pooblastilo za zastopanje