

**VLOGA ZA IZPLAČILO NADOMESTILA MED ZAČASNO ZADRŽANOSTJO OD DELA
PO PRENEHANJU DELOVNEGA RAZMERJA**
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):* _____

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:

- 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), ki se nanašajo na navedeni mesec zadržanosti.

Seznanjen sem, da bo ZZZS lahko nadomestilo za mesec zadržanosti obračunal šele po izteku koledarskega meseca, v katerem je bila zadržanosti v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja, ne glede na datum vložitve vloge. Seznanjen sem, da se v primeru, da vložim vlogo za izplačilo nadomestila pred koncem meseca zadržanosti, rok za izplačilo nadomestila začne šteti prvi dan koledarskega meseca po mesecu zadržanosti.

Kraj in datum: _____
Podpis vložnika (-ice)

Priloge (označite priloge):

- podatki za obračun nadomestila
 pooblastilo za zastopanje
 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)
 ostalo _____