

**VLOGA ZA IZPLAČILO NADOMESTILA MED ZAČASNO ZADRŽANOSTJO OD DELA  
ZA SAMOSTOJNEGA ZAVEZANCA**

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:**

*(izpolnite le, če ste bili v mesecu zadržanosti en ali več dni v delovnem razmerju)*

- 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 za navedeni mesec podal izjavo, da je glavni delodajalec, 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.

Seznanjen sem, da moram za mesec zadržanosti oddati na FURS elektronski obračun prispevkov (OPSV) in 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):**

- potrdilo o sobivanju       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 \_\_\_\_\_