**VLOGA**

**ZA IZPLAČILO NADOMESTILA**

**MED ZAČASNO ZADRŽANOSTJO OD DELA**

**ZA SAMOSTOJNEGA ZAVEZANCA**

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

**Podatki o vložniku (-ci):**

*(izpolnite)*

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

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

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

telefonska številka \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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**

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 moram za mesec zadržanosti oddati na FURS elektronski obračun prispevkov (OPSV).

Kraj in datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis vložnika (-ice)

**Priloge:**

*(označite priloge)*

□ potrdilo o darovanju krvi

□ 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_