**I Z J A V A**

**za potrebe obračuna obveznega zdravstvenega prispevka in obračuna akontacije dohodnine**

**za izplačevalca – Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (materinsko/očetovsko/starševsko nadomestilo/delno plačilo za izgubljeni dohodek):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpisan-a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, z davčno številko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in s prebivališčem: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**za namen pravilnega obračuna obveznega zdravstvenega prispevka** izjavljam, da je

**zgoraj navedeni delodajalec oz. izplačevalec:**

* **glavni delodajalec/izplačevalec,** ki izplačuje pretežni del dohodka in od izplačanega dohodka za posamezen mesec obračuna in odtegne obvezni zdravstveni prispevek
* **drugi delodajalec/izplačevalec,** ki izplačuje manjši del dohodka za navedeni mesec in nima obveznosti obračuna obveznega zdravstvenega prispevka.

in sicer:

* **od meseca \_\_\_\_\_\_\_\_\_leta \_\_\_\_\_\_ do preklica** *(za sočasni obstoj več izplačevalcev – kadar se pravica izrablja v delni odsotnosti, npr. 20 ur nadomestilo, 20 ur plača)*
* **za mesec \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ leta \_\_\_\_\_\_\_**  *(za prvi ali zadnji mesec pri izplačevalcu – v mesecu, ko se začne izplačevati nadomestilo oz. ko se zaključi z izplačevanjem nadomestila in je v istem mesecu izplačano še del plače)*

*IZJAVE NI TREBA IZPOLNITI, ČE STE ZAVAROVANI IZKLJUČNO NA ZAVAROVALNI PODLAGI 005, 019, 027, 040, 120, 051, 052, 007+064, 007+065, 119), SAJ BO OBREMENITEV ZA OBVEZNI ZDRAVSTVENI PRISPEVEK PREKO OPSV (FURS)*

* **Prilagam dokazilo (potrdilo UE)** o tem, da glavni delodajalec/izplačevalec NIMA obveznosti obračuna obveznega zdravstvenega prispevka, ker **sem upravičenec do plačila obveznega zdravstvenega prispevka iz proračuna Republike Slovenije:**
  + od dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do preklica *(če je pravica priznana brez omejitve)*
  + od dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(če je pravica priznana za obdobje)*

Izjavljam, da so podatki resnični in da bom vsako spremembo, ki vpliva na obveznosti obračuna obveznega zdravstvenega prispevka, sporočil-a takoj po nastanku spremembe.

V\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis:

­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_