

Pro zaměstnavatele:
(postačí razítko)

„ZMĚNOVÝ LIST“

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ PRO ÚČELY ODVODU ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ Z ODMĚN ZA VÝKON FUNKCE, PŘÍPADNĚ DOHOD O PRACOVNÍ ČINNOSTI A DPP

S ÚČINNOSTÍ OD NABUDOU/NASTALY NÍŽE UVEDENÉ ZMĚNY:

Jméno a příjmení zaměstnance – funkcionáře:
rodné číslo:, státní občanství:,
adresa:

Název a kód zdravotní pojišťovny:

1) Prohlášení zaměstnance

(vyplní/zakroužkují platnou variantu všichni zaměstnanci /funkcionáři/)

- **Jsem** zaměstnancem, za kterého zaměstnavatel odvádí pojistné alespoň z minimálního vyměřovacího základu, což níže dokládám vyplněným potvrzením
- **Jsem** osobou, za kterou platí pojistné stát, příp. i stát
 - Poživatel starobního důchodu
 - Poživatel předčasného starobního důchodu
 - Poživatel předdůchodu
 - Poživatel invalidního důchodu (I., II., III. stupeň)
 - Poživatel rodičovského příspěvku
 - Student (nezaopatřené dítě do 26 let)
 - „Pečující osoba“ dle § 3 odst. 8 c) zák. č.48/1997 Sb., v pl. zn.
 - Poživatel vdovského/vdoveckého důchodu
 - Držitel průkazu ZTP nebo ZTP/P podle zvlášť. práv. předpisu
 - Uchazeč o zaměstnání (evidence na ÚP)
 - Jiný důvod (uveďte jaký)
- **Jsem** OSVČ, výdělečná činnost je mým hlavním zdrojem příjmů, pravidelně si platím ve zdravotním pojištění alespoň minimální zálohy na pojistné
- **Nejsem** osobou začleněnou do výše uvedených kategorií

Čestně prohlašuji, že jsem údaje vyplnil pravdivě a úplně, a případné změny výše uvedených skutečností ohlásím nejpozději do 8 dnů ode dne této změny, a to písemnou formou mzdové účtárně SBD HK.

Datum a podpis zaměstnance/funkcionáře:

2) Potvrzení zaměstnavatele

(týká se pouze zaměstnanců/funkcionářů, kteří mají příjmy od dalšího zaměstnavatele a nejsou osobou, za kterou platí pojistné i stát)

Potvrzujeme tímto, že za našeho zaměstnance pana (paní)

nar., bytem

odvádíme pojistné na zdravotní pojištění alespoň z minimálního vyměřovacího základu.

Vystaveno dne:

.....
Razítko a podpis zaměstnavatele

***/ nevhodící škrtněte**