**VLOGA ZA IZPLAČILO NADOMESTILA MED**

**ZAČASNO ZADRŽANOSTJO OD DELA ZA SAMOSTOJNEGA ZAVEZANCA**

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

**Podatki o vložniku (-ci):**

Ime, priimek \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Naslov \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefonska številka \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Podatki o zavarovani osebi / upravičencu(-ki):**

*(podatki se izpolnijo, če vložnik ni hkrati upravičenec in priloži se pooblastilo za zastopanje)*

Ime, priimek \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Naslov \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Podatki o transakcijskem računu upravičenca nakazila:**

*Naziv banke:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Številka TRR: SI 56 \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_.\_\_\_.\_\_\_.\_\_\_.\_\_\_.\_\_\_.\_\_\_.\_\_\_.\_\_\_.\_\_\_.\_\_\_.\_\_\_.\_\_\_.*

**Priloge:**

□ potrdilo o darovanju krvi

□ podatki za obračun nadomestila

□ pooblastilo za zastopanje

□ izjava o uveljavljanju olajšav pri izračunu dohodnine za vzdrževane družinske člane

□ zahteva za upoštevanje najnižje možne splošne olajšave (ne glede na višino nadomestila)

□ ostalo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Izjavljam:**

□ da izpolnjujem pogoje za status rezidenta Slovenije iz veljavnega Zakona o dohodnini

□ da sem nerezident Slovenije

Strinjam se, da ZZZS pridobi podatke iz mojih elektronskih Potrdil o upravičeni zadržanosti od dela (eBOL), ki se nanašajo na navedeni mesec zadržanosti.

Obveščen sem, da bo lahko ZZZS elektronsko pridobil od FURS podatke za obračun mojega nadomestila šele po oddaji elektronskega obračuna prispevkov (OPSV) za navedeni mesec zadržanosti.

Kraj in datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis vložnika (-ice)