

Evidenční štítek



Potvrzení o době trvání zaměstnání
zakládajícím účast na nemocenském pojištění zaměstnanců
pro účely posouzení výkonu samostatné výdělečné činnosti jako vedlejší

Pracoviště ÚSSZ (OSSZ/PSSZ/MSSZ Brno)

Razítko OSSZ/PSSZ/MSSZ Brno

Variabilní symbol důchodového pojištění
- vyplní OSSZ/PSSZ/MSSZ Brno

A. Základní identifikace OSVČ

Příjmení

Jméno

Titul

Datum narození

Rodné číslo

B. Zaměstnání

Název a adresa zaměstnavatele

Účast na nemocenském pojištění zaměstnanců v roce

trvala v kalendářních měsících

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1 - 12
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. Datum vyplnění, podpis a razítko

Počet příloh

Datum

.....

.....
Podpis a razítko zaměstnavatele

Upozornění - nutno doložit nejpozději do konce kalendářního měsíce následujícího po měsíci podání přehledu o příjmech a výdajích za kalendářní rok, ve kterém OSVČ chce, aby její samostatná výdělečná činnost byla posouzena jako vedlejší.

PZOSVC v1.03

Pokyny k vyplnění
Potvrzení o době trvání zaměstnání zakládajícím účast na nemocenském pojištění zaměstnanců
pro účely posouzení výkonu samostatné výdělečné činnosti jako vedlejší

K oddílu A
Základní identifikace OSVČ

Příjmení, Jméno, Titul – vyplňte současné příjmení, jméno a získané vědecké a akademické tituly osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ).
Datum narození, Rodné číslo – vyplňte datum narození OSVČ a rodné číslo, případně Evidenční číslo pojištěnce (EČP), nebylo-li rodné číslo přiděleno.

K oddílu B
Zaměstnání

Název a adresa zaměstnavatele – uveďte název a adresní údaje.

Účast na nemocenském pojištění zaměstnanců v roce – uveďte kalendářní rok, za který je potvrzení vystavováno.

Trvala v **kalendářních měsících** – označte křížkem pouze ty kalendářní měsíce, v nichž výše jmenované OSVČ trvala účast na nemocenském pojištění zaměstnanců. V případě, že účast na nemocenském pojištění zaměstnanců trvala po celý kalendářní rok, označte křížkem kolonku 1-12.

POUČENÍ

Potvrzení slouží pro posouzení výkonu vedlejší samostatné výdělečné činnosti ve smyslu ustanovení § 9 odst. 6 písm. a) zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů, a § 13a odst. 8 zákona č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.

Účastí na nemocenském pojištění v kalendářním měsíci se u zaměstnanců vykonávajících zaměstnání malého rozsahu rozumí dosažení rozhodného příjmu dle ustanovení § 6 odst. 2 zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů, tj. ve výši 4 500 Kč. Účastí na nemocenském pojištění v kalendářním měsíci se u zaměstnanců činných na základě dohody o provedení práce rozumí zúčtování příjmu alespoň ve výši 10 001 Kč.

Potvrzení obsahující výše uvedené údaje je zaměstnavatel povinen vydat v souladu s ustanovením § 42 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, zaměstnanci, popřípadě zaměstnanci, jehož zaměstnání skončilo, na jeho žádost.

Potvrzení je zaměstnavatel povinen vydat do 8 dnů od obdržení žádosti.

OSVČ je povinna zaměstnavatelem vydané potvrzení příslušné správě sociálního zabezpečení doložit nejpozději do konce kalendářního měsíce následujícího po měsíci podání přehledu o příjmech a výdajích za kalendářní rok, ve kterém OSVČ chce, aby její samostatná výdělečná činnost byla posouzena jako vedlejší. Vydané potvrzení lze zaslat spolu s tímto tiskopisem jako přílohu.

Pokud OSVČ oznámila a doložila skutečnosti rozhodné pro posouzení výkonu samostatné výdělečné činnosti jako vedlejší, je povinna příslušné správě sociálního zabezpečení oznámit zánik těchto skutečností.