

## POTRDILO O UPRAVIČENI ZADRŽANOSTI OD DELA

<b>1 - IZVAJALEC</b> ŠTEVILKA IZVAJALCA _____ _____ (naziv izvajalca)	<b>2 - ZDRAVNIK</b> 1 - OSEBNI <input type="checkbox"/> 2 - NADOMESTNI <input type="checkbox"/> (številka zdravnika) _____ (imenski žig)
<b>3 - ZAVAROVANA OSEBA</b> _____ (številka zavarovane osebe) _____ (datum roj.) _____ (zavar. podlaga) _____ (enota ZZS zavarovanja) <b>M - 1 Ž - 2</b> _____ (priimek) _____ (ime) _____ (ulica, h. št.) POŠTA _____ KRAJ _____	<b>4 - POVEZANA OSEBA</b> _____ (priimek) _____ (ime) _____ (datum rojstva) 1 - PARTNER 2 - OTROK 3 - DRUGO <input type="checkbox"/>
<b>7 - ZAVEZANEC</b> NAZIV _____ <input type="checkbox"/> zap. št. potrdila _____ reg. št. _____ šifra dejavnosti	<b>5 - PRVI DAN ZADRŽANOSTI</b> OD _____ OD _____ PREJŠNJA ZADRŽANOST OD DELA - RECIDIV DO _____
<b>9 - NAPOTEN NA IK</b> NAPOTEN NA IK DNE _____ POSTOPEK ZAKLJUČEN DA	<b>6 - ZADNJI DAN ZADRŽANOSTI</b> ZA DIAGNOZO ZA RAZLOG ZA PLAČNIKA DA DA DA
<b>11 - RAZLOG ZADRŽANOSTI</b> 01 - BOLEZEN 07 - TRANSPLANTACIJA 02 - POŠKODBA IZVEN DELA 08 - IZOLACIJA 03 - POKLICNA BOLEZEN 09 - SPREMSTVO <input type="checkbox"/> 04 - POŠKODBA PRI DELU 05 - POŠ. PO TRETJI OSEBI IZVEN DELA 11 - POŠKODBA NASTALA PRI AKTIVNOSTIH IZ 18. ČLENA ZAKONA 06 - NEGA PRVI DAN ZADRŽANOSTI ZA RAZLOG _____	<b>8 - ODLOČBA</b> ZADRŽAN PO ODLOČBI ŠT. _____ 1 - IMENOVANEGA ZDRAVNIKA <input type="checkbox"/> 2 - ZDRAVSTVENE KOMISIJE DO _____
KRAJ _____ DNE _____ (podpis zdravnika)	<b>10 - ZADRŽANOST OD DELA</b> ZA POLNI DELOVNI ČAS OD _____ DO _____ ZA KRAJŠI DELOVNI ČAS OD _____ DO _____ DOLŽAN DELATI _____ UR NA DAN OD TEGA ZADRŽAN OD DELA: _____ UR NA DAN
<b>13 - DIAGNOZA</b> _____ šifra diagnoze _____ zunanji vzrok poškodbe _____ prvi dan odsotnosti za diagnozo _____ datum spremembe del. časa	<b>12 - INVALIDNOST</b> INVALID 1. I. kat. 2. II. kat. 3. III. kat. <input type="checkbox"/>

## POTRDILO O UPRAVIČENI ZADRŽANOSTI OD DELA

<b>1 - IZVAJALEC</b> ŠTEVILKA IZVAJALCA _____ _____ (naziv izvajalca)	<b>2 - ZDRAVNIK</b> 1 - OSEBNI <input type="checkbox"/> 2 - NADOMESTNI <input type="checkbox"/> (številka zdravnika) _____ (imenski žig)						
<b>3 - ZAVAROVANA OSEBA</b> _____ (številka zavarovane osebe) _____ (datum roj.) _____ (zavar. podlaga) _____ (enota ZZS zavarovanja) <b>M - 1 Ž - 2</b> _____ (priimek) _____ (ime) _____ (ulica, h. št.) POŠTA _____ KRAJ _____	<b>4 - POVEZANA OSEBA</b> _____ (priimek) _____ (ime) _____ (datum rojstva) 1 - PARTNER 2 - OTROK 3 - DRUGO <input type="checkbox"/>						
<b>7 - ZAVEZANEC</b> NAZIV _____ <input type="checkbox"/> zap. št. potrdila _____ reg. št. _____ šifra dejavnosti	<b>5 - PRVI DAN ZADRŽANOSTI</b> OD _____ OD _____ PREJŠNJA ZADRŽANOST OD DELA - RECIDIV DO _____						
<b>9 - NAPOTEN NA IK</b> NAPOTEN NA IK DNE _____ POSTOPEK ZAKLJUČEN DA	<b>6 - ZADNJI DAN ZADRŽANOSTI</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ZA DIAGNOZO</th> <th>ZA RAZLOG</th> <th>ZA PLAČNIKA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DA</td> <td>DA</td> <td>DA</td> </tr> </tbody> </table>	ZA DIAGNOZO	ZA RAZLOG	ZA PLAČNIKA	DA	DA	DA
ZA DIAGNOZO	ZA RAZLOG	ZA PLAČNIKA					
DA	DA	DA					
<b>11 - RAZLOG ZADRŽANOSTI</b> 01 - BOLEZEN 07 - TRANSPLANTACIJA 02 - POŠKODBA IZVEN DELA 08 - IZOLACIJA 03 - POKLICNA BOLEZEN 09 - SPREMSTVO <input type="checkbox"/> 04 - POŠKODBA PRI DELU 05 - POŠ. PO TRETJI OSEBI IZVEN DELA 11 - POŠKODBA NASTALA PRI AKTIVNOSTIH IZ 18. ČLENA ZAKONA 06 - NEGA PRVI DAN ZADRŽANOSTI ZA RAZLOG _____	<b>8 - ODLOČBA</b> ZADRŽAN PO ODLOČBI ŠT. _____ 1 - IMENOVANEGA ZDRAVNIKA <input type="checkbox"/> 2 - ZDRAVSTVENE KOMISIJE DO _____						
KRAJ _____ DNE _____ (podpis zdravnika)	<b>10 - ZADRŽANOST OD DELA</b> ZA POLNI DELOVNI ČAS OD _____ DO _____ ZA KRAJŠI DELOVNI ČAS OD _____ DO _____ DOLŽAN DELATI _____ UR NA DAN OD TEGA ZADRŽAN OD DELA: _____ UR NA DAN						
	<b>12 - INVALIDNOST</b> INVALID 1. I. kat. 2. II. kat. 3. III. kat. <input type="checkbox"/>						

(izpolni delodajalec)

**POTRDILO**

V letu \_\_\_\_\_ oziroma v mesecih \_\_\_\_\_ leta \_\_\_\_\_ je bilo delavcu-ki za \_\_\_\_\_ ur izplačanih \_\_\_\_\_ EUR bruto plač in nadomestil (*velja enak princip seštevka zneskov kot za dohodnino*).

Če bi delavec-ka v mesecu, za katerega je izdano POTRDILO, delal-a, bi znašala:

- urna osnova za delo \_\_\_\_\_ EUR,
- dejanska mesečna delovna obveznost \_\_\_\_\_ ur in bi bila razporejena na \_\_\_\_\_ dni,
- dejanska tedenska delovna obveznost \_\_\_\_\_ ur in bi bila razporejena na \_\_\_\_\_ dni,
- delovna obveznost ob sobotah (*datum*) \_\_\_\_\_ po ur \_\_\_\_\_, v ostalih dneh tedna z delovno soboto bi delovna obveznost znašala \_\_\_\_\_ ur,
- povprečna mesečna delovna obveznost \_\_\_\_\_ ur (*vpis le ob fiksnem obračunu*).

Datumi delovnih sobot v preteklih 20/30 delovnih dneh (*izpolniti je treba samo ob prvem prehodu izplačila v breme ZZSZ*): \_\_\_\_\_.

V tekočem letu \_\_\_\_\_ je bilo v breme delodajalca izplačano nadomestilo plače za zadržanost od dela zaradi bolezni ali poškodbe izven dela za \_\_\_\_\_ delovnih dni. Nadomestilo za 80. delovni dan je bilo izplačano za dan \_\_\_\_\_.

žig

Kraj \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_  
(podpis pooblaščenice osebe)

(izpolni FURS)

**POTRDILO**

Za leto \_\_\_\_\_ oziroma za mesece \_\_\_\_\_ leta \_\_\_\_\_ je skupna osnova za plačilo prispevka za samostojnega zavezanca znašala \_\_\_\_\_ EUR, in sicer za \_\_\_\_\_ ur.

Osnova za plačilo prispevka bi za mesec zadržanosti od dela znašala \_\_\_\_\_ EUR, (*upoštevajte raven osnove za mesec pred nastankom zadržanosti*) za \_\_\_\_\_ ur.

žig

Kraj \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_  
(podpis pooblaščenice osebe)