**Žádost o poskytnutí pracovního volna bez náhrady mzdy a úhrada pojistného na zdravotní pojištění**

Jméno:

UČO:

Pracoviště:

Žádám o poskytnutí pracovního volna bez náhrady mzdy:

1. **Po dobu části kalendářního měsíce v období**: od ………………………………..do……………………………..

z důvodu: …………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Úhrada pojistného na zdravotní pojištění pokud je skutečný vyměřovací základ v měsíci nižší než minimální** *(Hodící se označte křížkem)*

##  [ ]  Žádám, aby mně bylo z mé mzdy dopočítáno a sraženo zdravotní pojištění do výše zdravotního pojištění vypočítaného z minimální mzdy, pokud tato nebude dosažena

[ ]  Nežádám o dopočet zdravotního pojištění do výše zdravotního pojištění vypočítaného z minimální mzdy. Z níže uvedených důvodů čestně prohlašuji, že:

[ ]  Mám souběh zaměstnání a součet odváděného zdravotního pojištění ze všech zaměstnání je rovný nebo vyšší než zdravotní pojištění vypočítané z minimální mzdy.

[ ]  Hlavním zdrojem mých příjmů je samostatná výdělečná činnost a jako osoba samostatně výdělečně činná pravidelně platím ve zdravotním pojištění alespoň minimální zálohy na pojistném jako OSVČ. Pokud nebudu jako OSVČ platiti ze zdravotního pojištění zálohy na pojistné alespoň v minimální povinné výši, oznámím tuto skutečnost nejpozději do 8 dnů od data splatnosti poslední zálohy, která je vyšší než minimální zákonná výše nebo je jí rovna.

[ ]  Patřím do kategorie osob, na které se nevztahuje minimální vyměřovací základ dle zák. 592/1992 Sb., § 3a, odst. 3 (např. student, důchodce, osoba která celodenně osobně a řádně pečuje alespoň o jedno dítě do 7 let věku nebo nejméně o dvě děti do 15 let věku. [[1]](#footnote-1)

## **Po dobu celého kalendářního měsíce a déle:** od…………………………………..do …………………………….

z důvodu: ……………………………………………………………………………………………………………………………………

## [ ]  Žádám o dopočet zdravotního pojištění. Zaměstnavateli uhradím pojistné:

[ ]  Převodem celé částky na účet MU nejpozději v den nástupu do zaměstnání po ukončení neplaceného volna.

[ ]  Srážkou ze mzdy po ukončení neplaceného volna.

[ ]  Úhradou celé částky na pokladně …………MU nejpozději v den nástupu do zaměstnání po ukončení neplaceného volna.

##  [ ]  Nežádám o dopočet zdravotního pojištění z důvodu odhlášení ze zdravotního pojištění.[[2]](#footnote-2)

**Podmínky odhlášení:**

**Před odjezdem do zahraničí:**

* Zaměstnanec učiní písemné prohlášení o dlouhodobém pobytu v zahraničí na příslušném formuláři zdravotní pojišťovny, doručí ho s kartičkou pojištěnce na zdravotní pojišťovnu.
* Zdravotní pojišťovna vydá potvrzení, které zaměstnanec odevzdá na personálním oddělení.
* Zaměstnavatel odhlásí na základě doručeného potvrzení zaměstnance z platby zdravotního pojištění.

**Po návratu ze zahraničí:**

* Zaměstnanec se osobně přihlásí u zdravotní pojišťovny (doklad předá na personální oddělení).
* Předloží zdravotní pojišťovně potvrzení, že si hradil zdravotní pojištění v cizině sám nebo je za něj hradil zahraniční zaměstnavatel.

V Brně dne ……………………………. ……………………………………………………………

 podpis zaměstnance

**Vyjádření přímého nadřízeného:**

[ ]  souhlasím [ ]  nesouhlasím …………………………………………………………

 podpis nadřízeného

**Schválil:**

V Brně dne ……………………………. ……………………………………………………………

 děkan/tajemnice

1. *Podmínka celodenní a řádné péče se považuje za splněnou jen tehdy, když:*

	* *jde o osobní, řádnou a celodenní péči, tj. dítě není svěřeno do péče jiné osobě, třeba i z rodiny,*
	* *dítě není umístěno v zařízení s týdenním či celoročním pobytem, nebo*
	* *dítě předškolního věku není umístěno v jeslích (mateřské škole), popř. v obdobném zařízení na dobu, která převyšuje 4 hodiny denně, nebo*
	* *dítě plnící povinnou školní docházku není umístěno ve školním zařízení po dobu přesahující návštěvu školy.* [↑](#footnote-ref-1)
2. *Odhlášení ze zdravotního pojištění je možné pouze při pracovním pobytu mimo EU, který trvá nepřetržitě nejméně 6 měsíců nebo jakkoliv dlouhém pracovním pobytu v EU.* [↑](#footnote-ref-2)