**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)