

VYHLÁSENIE

fyzickej osoby na účely dôchodkového poistenia z dôvodu výkonu osobnej asistencie

Priezvisko:

Meno:

Titul:

Rodné číslo:

Adresa trvalého pobytu:

Vyhlasujem, že ako fyzická osoba uvedená v § 15 ods. 1 písm. e) zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon“)

- **mám podľa zmluvy o výkone osobnej asistencie vykonávať osobnú asistenciu fyzickej osobe s ťažkým zdravotným postihnutím najmenej 140 hodín mesačne podľa osobitného predpisu*),**
- nie som dôchodkovo poistený(á) ako zamestnanec, SZČO, fyzická osoba starajúca sa o dieťa do šiestich rokov jeho veku alebo o dieťa s dlhodobou nepriaznivým zdravotným stavom do 18 rokov jeho veku,
- nemám priznaný predčasný starobný dôchodok alebo invalidný dôchodok a
- nedovršil(a) som dôchodkový vek.

Som si vedomý(á), že v prípade zániku zmluvy o výkone osobnej asistencie alebo vykonávania osobnej asistencie v rozsahu menej ako 140 hodín mesačne, som povinný(á) do 8 dní podať odhlášku z dôchodkového poistenia ako poistenec štátu v pobočke Sociálnej poisťovne. Súčasne potvrdzujem správnosť a úplnosť údajov v tomto vyhlásení.

Vyhlasujem, že v prípade, ak

- začnem mať bydlisko (*v zmysle koordinačných nariadení EÚ je bydlisko miesto, kde sa osoba väčšinou zdržiava, kde má rodinu, majetok, centrum svojich životných záujmov*) na území iného členského štátu Európskej únie, štátu Európskeho hospodárskeho priestoru alebo Švajčiarskej konfederácie (ďalej len „členský štát EÚ“),
- začnem byť povinne poistený/á v inom členskom štáte EÚ,
- začne sa na mňa uplatňovať medzinárodná zmluva vo veciach sociálneho zabezpečenia, ktorá má prednosť pred zákonmi Slovenskej republiky,
- budem mať priznaný predčasný starobný dôchodok alebo invalidný dôchodok v inom členskom štáte EÚ,
- stratím trvalý pobyt na území Slovenskej republiky alebo na území iného členského štátu EÚ,

uvedené skutočnosti bezodkladne oznámim Sociálnej poisťovni.

Vyhlasujem, že pred podpísaním tohto vyhlásenia som sa oboznámil(a) s poučením, kto sa považuje na účely dôchodkového poistenia za fyzickú osobu podľa § 15 ods. 1 písm. e) zákona, ako aj s podmienkami, za ktorých splňam právne postavenie byť poistencom štátu.

Vyhlasujem, že všetky skutočnosti, ktoré som uviedol(la) v tomto vyhlásení, sú pravdivé. Uvedomujem si právne následky uvedenia nepravdivých skutočností.

Vyhlásenie podávam ako neoddeliteľnú súčasť tlačiva Registračný list FO, zo dňa, ktorým sa prihlasujem na povinné dôchodkové poistenie ako fyzická osoba, za ktorú poistné na dôchodkové poistenie platí štát z dôvodu výkonu osobnej asistencie.

Dňa:

.....
vlastnoručný podpis

Prílohy:

- fotokópia rozhodnutia o poskytovaní peňažného príspevku na opatrovanie*)
- fotokópia zmluvy o výkone osobnej asistencie*)

***) nehodiace sa prečiarknite**

Poučenie

Podľa § 15 ods. 1 písm. e) zákona povinne dôchodkovo poistená je fyzická osoba, ktorá má podľa zmluvy o výkone osobnej asistencie vykonávať osobnú asistenciu fyzickej osobe s ťažkým zdravotným postihnutím najmenej 140 hodín mesačne podľa osobitného predpisu, ak nie je dôchodkovo poistená ako zamestnanec, samostatne zárobkovo činná osoba, osoba starajúca sa o dieťa do šiestich rokov jeho veku, osoba starajúca sa o dieťa s dlhodobým nepriaznivým zdravotným stavom do 18 rokov jeho veku, nebol jej priznaný predčasný starobný dôchodok alebo invalidný dôchodok, nedovršila dôchodkový vek a podala prihlášku na dôchodkové poistenie z dôvodu výkonu osobnej asistencie. Povinné dôchodkové poistenie vzniká fyzickej osobe uvedenej v § 15 ods. 1 písm. e) zákona odo dňa prihlásenia sa na dôchodkové poistenie, najskôr odo dňa splnenia zákonných podmienok a zaniká dňom, od ktorého podľa zmluvy o výkone osobnej asistencie podľa osobitného predpisu sa osobná asistencia má vykonávať v rozsahu menej ako 140 hodín mesačne alebo dňom zániku zmluvy o výkone osobnej asistencie, alebo odo dňa, od ktorého prestala spĺňať zákonné podmienky.

Povinne dôchodkovo poistená fyzická osoba, ktorá vykonáva osobnú asistenciu na základe zmluvy podľa osobitného predpisu **a v tomto období je povinne dôchodkovo poistená ako zamestnanec alebo samostatne zárobkovo činná osoba z dôvodu, že vykonáva zárobkovú činnosť napríklad v pracovnom pomere s pravidelným mesačným príjmom, alebo je v právnom vzťahu zakladajúcom právo na nepravidelný príjem zo závislej činnosti (napr. dohodár, poslanec obecného zastupiteľstva) alebo vykonáva zárobkovú činnosť povinne nemocensky poistenej a povinne dôchodkovo poistenej samostatne zárobkovo činnnej osoby, nespĺňa podmienku právneho postavenia fyzickej osoby uvedenej v § 15 ods. 1 písm. e) zákona, t. j. nespĺňa právne postavenie poistenca štátu. Uvedená skutočnosť sa posudzuje ako vznik skutočnosti zakladajúcej zánik dôchodkového poistenia.**

Fyzická osoba vykonávajúca osobnú asistenciu je povinná splniť odhlasovaciu povinnosť podľa § 229 ods. 1 zákona a podať odhlášku z dôchodkového poistenia do ôsmich dní odo dňa, od ktorého podľa zmluvy o výkone osobnej asistencie sa osobná asistencia má vykonávať v rozsahu menej ako 140 hodín mesačne alebo odo dňa zániku zmluvy o výkone osobnej asistencie v pobočke príslušnej podľa miesta svojho trvalého pobytu.