

## PŘÍLOHA PRO SPRÁVU SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ

podací razítko

### Identifikační část podnikatele

a) jméno a příjmení / obchodní firma / název <sup>1)</sup>	b) identifikační číslo osoby
c) rodné číslo	d) datum narození <sup>1)</sup>

### OZNÁMENÍ VŮČI PŘÍSLUŠNÉ SPRÁVĚ SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ - týká se pouze fyzických osob

01 Samostatnou výdělečnou činnost vykonávám jako hlavní / vedlejší <sup>1)</sup>

02 Vyplní ta OSVČ, která chce být považována za OSVČ vykonávající vedlejší samostatnou výdělečnou činnost z důvodu

a) zaměstnání od			
a1) název zaměstnavatele			
a2) název ulice	a3) č.p. / č.ev.	a4) číslo orientační	a5) PSČ
a6) název obce	a7) část obce		
a8) okres	a9) stát		
b) starobní důchod přiznán od	c) výplata invalidního důchodu od		
d) osobně pečuje o dítě do 4 let věku nebo má nárok na peněžitou pomoc v mateřství (PPM) z nemocenského pojištění zaměstnanců nebo má nárok na nemocenské z důvodu těhotenství a porodu z nemocenského pojištění zaměstnanců, jestliže nemá nárok na PPM, od			
e) osobně pečovala o osobu mladší 10 let, která je závislá na pomoci jiné osoby ve stupni I. (lehká závislost), nebo osobu, která je závislá na pomoci jiné osoby ve stupni II. (středně těžká závislost) nebo ve stupni III. (těžká závislost) anebo stupni IV. (úplná závislost), pokud osoba, která je závislá na pomoci jiné osoby, je osobou blízkou, nebo žije s osobou samostatně výdělečně činnou v domácnosti, není-li osobou blízkou, od			
f) nezaopatřené dítě ve smyslu ust. § 20 odst. 4 písm. a) zák. č. 155/1995 Sb., od			

### 03 Údaje o nemocenském pojištění

Přihlašuji se k dobrovolné účasti na nemocenském pojištění od			
a) název předchozího orgánu, který prováděl nemocenské pojištění, pokud jím není ČSSZ			
b) název orgánu, který v současnosti provádí nemocenské pojištění, pokud jím není ČSSZ			
c) předchozí doba účasti na nemocenském pojištění v cizině	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; padding: 2px;">od:</td> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; padding: 2px;">do:</td> </tr> </table>	od:	do:
od:	do:		
d) název a adresa cizozemského nositele nemocenského pojištění			
e) číslo cizozemského nemocenského pojištění			

### 04 Insolvenční řízení

Je/bylo ke dni zahájení výkonu samostatné výdělečné činnosti vedeno vůči Vám insolvenční řízení ANO / NE<sup>1)</sup>

05 Samostatnou výdělečnou činnost nebo zaměstnání vykonávám i na území jiného státu ANO / NE<sup>1)</sup>

a) název státu
b) na území tohoto státu jsem účasten / účastna sociálního pojištění <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">ANO / NE<sup>1)</sup></span>

<sup>1)</sup> vyplní pouze fyzická osoba, která nemá přiděleno rodné číslo

06 Jedná se o první výdělečnou činnost v ČR po skončení důchodového pojištění v cizině  ANO /  NE<sup>1)</sup>

a) číslo cizozemského pojištění

b) název a adresa cizozemského nositele pojištění

jméno podatele

příjmení podatele

V

dne

vlastnoruční podpis