

IZJAVA

Potrjujemo, da se je zavarovanec _____
(ime in priimek zavarovanca)

z EMŠO _____, okužil s COVID – 19 v delovnem procesu na delovišču pri:

_____, z MŠPRS _____
(naziv izvajalca)

ki je (ustrezno obkrožiti):

1. izvajalec socialno varstvene storitve institucionalno varstvo,
2. izvajalec krizne namestitve iz tretjega odstavka 49. člena ZSV¹,
3. izvajalec socialno varstvenih programov iz 18. člena ZSV, ki izvajajo nastanitveni program iz 3. člena Pravilnika o sofinanciranju socialnovarstvenih programov²,
4. izvajalec pomoči družini na domu iz tretjega odstavka 15. člena ZSV,
5. izvajalec zdravstvene dejavnosti.

Do okužbe s COVID – 19, zaradi katere je zavarovanec od _____ dalje zadržan od dela je prišlo kljub ustrezni uporabi osebne varovalne opreme.

To izjavo dajemo pod materialno in kazensko odgovornostjo.

Podpis pooblaščenice osebe izvajalca

_____ (kraj)

_____ (datum)

Zavarovanec kopijo te izjave predloži osebnemu zdravniku zaradi izstavitve eBOL, na katerem se ves čas neprekinjene zadržanosti od dela vpisuje razlog **01-bolezen**. Delodajalec ali samostojni zavezanec izjavo priložita k vsakokratni zahtevi za refundacijo oz. zahtevi za izplačilo nadomestila (prvič original, naslednje mesece kopijo). Kopijo potrdila samostojni zavezanec posreduje tudi na FURS.

Obračunski razlogi zadržanosti: **15-bolezen-46. člen** (do vključno 30. delovnega dne – 20 % osnove po ZIUPOPDVE) in **04-poškodba pri delu** (od vključno 31. delovnega dne – 100 % osnove po ZZVZZ)

¹ Zakon o socialnem varstvu (Uradni list RS, št. 3/07 – uradno prečiščeno besedilo, 23/07 – popr., 41/07 – popr., 61/10 – ZSVarPre, 62/10 – ZUPJS, 57/12, 39/16, 52/16 – ZPPreb-1, 15/17 – DZ, 29/17, 54/17, 21/18 – ZNOrg, 31/18 – ZOA-A, 28/19 in 189/20 – ZFRO)

² Pravilnik o sofinanciranju socialnovarstvenih programov (Uradni list RS, št. 70/16 in 34/19)