

Poslodavac: .....

(štambilj)

Telefon: .....

Telefaks: .....

Mjesto: .....

Datum: .....

## POTVRDA

o isplaćenju odnosno pripadajućoj plaći i naknadi plaće za mjesec ..... godine za

korisnicu/ka prava na rad u skraćenom radnom vremenu\* zbog njege djeteta s težim smetnjama u razvoju

Temeljem rješenja Klasa: .....

Ur.broj: ..... od .....

Broj sati redovnog rada: .....

Broj sati bolovanja na teret poslodavca: .....

Broj sati bolovanja na teret HZZO: .....

Ukupno sati: .....

RED. BR.	NAZIV PRIMANJA	POSTOTAK	IZNOS U KN	POSTOTAK	IZNOS U KN
1.	Plaća za redovni rad u neto iznosu	50		100	

Naknada plaće - razlika između isplaćene odnosno pripadajuće plaće za rad u skraćenom radnom vremenu (50%) i plaće koja bi bila isplaćena za rad u punom radnom vremenu (100%): .....

**Naknada plaće za isplatu:** .....

**Naknada plaće isplaćena za mjesec\*\*:** ..... god. u iznosu od ..... kuna.

Podatci o korisniku prava:

Naziv i sjedište banke: .....

Broj osigurane osobe u HZZO: .....

Matični broj osigurane osobe u HZZO: .....

Broj tekućeg računa: .....

Radnik odgovoran za popunjavanje fiskalice: .....  
(ime i prezime, te potpis)

Odgovorna osoba:

MP

.....  
(ime i prezime, te potpis)

\*Temeljem članka 1. stavka 3. Pravilnika o uvjetima i postupku za stjecanje prava zaposlenog roditelja i samozaposlenog roditelja djeteta s težim smetnjama u razvoju na dopust ili na rad u skraćenom radnom vremenu radi njege djeteta, pod pojmom „rad u skraćenom radnom vremenu“ podrazumijeva se rad s polovicom punog radnog vremena.

\*\*Upisuje se iznos naknade plaće isplaćene za mjesec u godini (npr. 05/09) koji je prethodio mjesecu u kojem je korišteno pravo na godišnji odmor ili bolovanje (članak 9. stavak 7. Pravilnika).

Potvrda se dostavlja mjesno nadležnoj ustrojbenoj jedinici Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (članak 9. stavak 6. Pravilnika).