

ČESTNÉ VYHLÁSENIE

rodné číslo										
priezvisko										
meno										
titul										
trvalý pobyt										
PSČ										

o vykonávaní osobnej asistencie osobe s ťažkým zdravotným postihnutím

rodné číslo										
priezvisko										
meno										
titul										
trvalý pobyt										
PSČ										

Vyhlasujem, že

1. na obdobie od _____ do _____ som **mala – mal*)** uzatvorenú zmluvu o vykonávaní osobnej asistencie s vyššie uvedenou fyzickou osobou s ťažkým zdravotným postihnutím,
2. podľa zmluvy som **mala – mal*)** vykonávať osobnú asistenciu **najmenej 140 hodín mesačne** podľa osobitného predpisu,
3. počas výkonu osobnej asistencie som **mala – mal*)** trvalý pobyt na území Slovenskej republiky,
4. som **porozumela – porozumel*)** poučeniu, za akých podmienok je možné započítavať obdobie osobnej asistencie do obdobia dôchodkového poistenia,
6. **údaje** v tomto vyhlásení sú podľa mojich vedomostí **pravdivé a úplné**,
7. **som si vedomá – vedomý*)** právnych následkov uvedenia nepravdivých údajov, ako i povinnosti vrátiť neprávom vyplatené sumy dôchodku.

V _____ dňa _____

vlastnoručný podpis**)

Príloha:

- výkaz o odpracovaných hodinách osobnej asistencie – ____ ks

*) Nehodí sa prečiarknite

) Tlačivo môžete po preukázaní totožnosti **podpísať pred zamestnancom Sociálnej poisťovne alebo pred zamestnancom príslušnej inštitúcie sociálneho poistenia v štáte Vášho bydliska. Inak po vyplnení tlačiva dajte **osvedčiť pravosť Vášho podpisu** na obecnom/okresnom úrade, spôsobom obvyklým v mieste Vášho bydliska alebo pred notárom.

Vyplnené a podpísané tlačivo zašlite na adresu: **Sociálna poisťovňa, ústredie, Ul. 29. augusta 8 – 10, 813 63 Bratislava** alebo **odovzdajte** v ktorejkoľvek pobočke Sociálnej poisťovne alebo priamo v Sociálnej poisťovni, ústredie.

POUČENIE

Obdobie vykonávania osobnej asistencie sa do obdobia dôchodkového poistenia započítava, ak fyzická osoba spĺňa podmienky uvedené v § 15 ods. 1 písm. e) zákona č. 461/2003 Z. z. v znení neskorších predpisov. To znamená, že ak

- mala osobnú asistenciu vykonávať **najmenej 140 hodín mesačne**,
- mala počas vykonávania osobnej asistencie **trvalý pobyt na území Slovenskej republiky**,
- **nebola dôchodkovo** poistená ako zamestnanec, ako samostatne zárobkovo činná osoba, ako osoba starajúca sa o dieťa alebo ako fyzická osoba, ktorej sa poskytoval peňažný príspevok,
- **nebol jej priznaný** predčasný starobný dôchodok alebo invalidný dôchodok a
- **nedovršila dôchodkový vek**.

Obdobie vykonávania osobnej asistencie sa do obdobia dôchodkového poistenia **započítava najskôr od 1. januára 2009**, avšak

- najviac v rozsahu uvedenom v zmluve o výkone osobnej asistencie alebo
- do dňa smrti osoby s ťažkým zdravotným postihnutím, ak táto zomrela pred dňom, ktorým sa mala skončiť osobná asistencia.

Obdobie vykonávania osobnej asistencie sa **preukazuje zmluvou o výkone osobnej asistencie uzatvorenou s fyzickou osobou s ťažkým zdravotným postihnutím** (ďalej len „zmluva“). Ak rovnopis zmluvy nie je predložený miestne príslušným úradom práce sociálnych vecí a rodiny, je potrebné, aby správnosť údajov uvedených na zmluve bola touto inštitúciou potvrdená.

Okrem zmluvy **možno** obdobie vykonávania osobnej asistencie **preukázať aj výkazmi o odpracovaných hodinách osobnej asistencie** (ďalej len „výkaz“). K výkazu je potrebné **predložiť aj vyhlásenie**, o tom, že zmluva bola uzatvorená na najmenej 140 hodín mesačne. Vyhlásenie musí obsahovať všetky formálne a obsahové náležitosti.