**MINISTERSTVO OBRANY ČESKÉ REPUBLIKY**

**Odbor sociálního zabezpečení**

**Molákova 576/11, Praha 8, PSČ 186 00, datová schránka gy2erfw**

**Příloha k žádosti o starobní nebo invalidní důchod (§ 110 odst. 5 zákona č. 582/1991 Sb.)**

*Občan, který podává žádost o důchod starobní nebo invalidní u Odboru sociálního zabezpečení a v době podání této žádosti není ve služebním poměru, nebo není veden v evidenci příslušného úřadu práce, přikládá k žádosti o tento důchod potvrzení zaměstnavatele, k němuž je ve vztahu, který zakládá účast na důchodovém pojištění, o trvání tohoto vztahu ke dni jeho skončení a o tom, zda je v dočasné pracovní neschopnosti. Zaměstnavatel je povinen na žádost občana toto potvrzení vydat. Ustanovení předchozí věty platí obdobně pro okresní správu sociálního zabezpečení, vykonává-li občan samostatnou výdělečnou činnost.*

Níže uvedené potvrzení předložte Vašemu zaměstnavateli (příslušné OSSZ).  **Skutečnosti rozhodné pro nárok na výplatu důchodu potvrzuje zaměstnavatel (příslušná OSSZ) nejdříve ke dni, který předchází dni, od něhož Vám má být důchod přiznán a vyplácen. Potvrzení vraťte Odboru sociálního zabezpečení MO ČR.**

**Potvrzení pro zaměstnance**

Pracovněprávní vztah zaměstnance ……..………………………………………….……………., r.č.: …………………………………, který uplatnil žádost o přiznání ……………………….... důchodu od …………, trvá ke dni podání žádosti o důchod**\*) –** byl ukončen ke dni ……………….…………**\*)**

Ke dni, který předchází dni, od něhož je požadováno přiznání důchodu, **není** žadatel o důchod v dočasné pracovní neschopnosti**\*) – je** žadatelo důchod v dočasné pracovní neschopnosti od ……..…………\***)** Výplatu nemocenského provádí od ….……… OSSZ …………..………………….

.......................................................…………………

 název a adresa zaměstnavatele

Datum: ………..............................

 *razítko a podpis*

**Potvrzení pro osobu samostatně výdělečně činnou**

Samostatná výdělečná činnost pana/paní …………….……………., r.č.: ……………………………, který/která uplatnil/a žádost o přiznání ……………………….... důchodu od ……………………., trvá ke dni podání žádosti o důchod**\*) –** byla ukončena ke dni ………………………**\*)**  Ke dni, který předchází dni, od něhož je požadováno přiznání důchodu, **není** žadatel o důchod v dočasné pracovní neschopnosti**\*) – je** žadatelo důchod v dočasné pracovní neschopnosti od …..……………….. **\*)**

Výplatu nemocenského provádí od ………………….……… OSSZ …………..………………….

…………………………………..……………………………………

 název a adresa OSSZ

Datum: ………..............................

 *razítko a podpis*

**\*) Nehodící se škrtněte**