

# Čestné prohlášení

osoby důchodového věku, která nespĺňuje podmínky pro přiznání starobního důchodu



Příjmení, jméno, titul: ..... Rodné číslo: /

Adresa trvalého bydliště: ..... Telefon: .....

## prohlašuji,

že dne ..... jsem dosáhl/a věku potřebného pro nárok na starobní důchod, přičemž žádost o jeho poskytnutí byla správou sociálního zabezpečení zamítnuta. K tomuto čestnému prohlášení přikládám **Rozhodnutí o zamítnutí této žádosti**.

Svým podpisem současně stvrzuji, že jsme si vědom/a skutečnosti, že dle § 7 odst. 1 písm. j) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, mohu být osobou, za kterou hradí zdravotní pojištění stát, pokud zároveň platí, že:

- nemám příjmy ze zaměstnání,
- nemám příjmy ze samostatné výdělečné činnosti,
- nepožívám žádný důchod z ciziny nebo tento důchod nepřesahuje měsíčně částku ve výši minimální mzdy.

Tyto výše uvedené podmínky splňuji **ode dne**: .....

V případě jakékoliv změny plátce pojistného nahlásím dle oznamovací povinnosti tuto skutečnost zdravotní pojišťovně **nejpozději do 8 dnů**.

Tímto prohlášením na sebe přejímám následky nepravdivosti údajů, které jsem uvedl(a).

**Datum:** ..... **Podpis:** .....

