**Potvrzení pro účely státní sociální podpory,**

**zaplacené pojistné na veřejné zdravotní pojištění v roce 2020**

 **Osoba, pro kterou se potvrzení vydává:**

Příjmení: ………………………………………………………………........................................………....

Jméno: ………………………………………………………………........................................………....

Rodné číslo: ………………………………………………………………........................................………....

(číslo pojištěnce)

Potvrzení vydává: **RBP, zdravotní pojišťovna**

 **Michálkovická 967/108**

 **Slezská Ostrava**

 **710 00 Ostrava**

Kód zdravotní pojišťovny: **213**

 V souladu s ustanovením § 5 odst. 1 písmene a) bodu 2. zákona č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů, se pro stanovení rozhodného příjmu pro účely posouzení nároku na dávku státní sociální podpory považují příjmy z podnikání, **a to po odpočtu pojistného na sociální zabezpečení a z příspěvku na státní politiku zaměstnanosti a z pojistného na veřejné zdravotní pojištění, které nebylo zahrnuto pro daňové účely.**

 **Skutečně zaplacené pojistné u jmenovaného v roce 2020 činilo ......................……….... Kč**

Celková částka zahrnuje následující položky:

 **Zaplacené zálohy na pojistné v roce 2020 ……………………………………. Kč**

 **Zaplacené nedoplatky pojistného za rok 2019 ……………………………………. Kč**

 **Přeplatky za rok 2018 vrácené v roce 2020 …………………………………….. Kč**

V Ostravě ……………………………………….

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

 Podpis plátce Za RBP, zdravotní pojišťovnu