

ŽIADOSŤ : Oslobodenie od platenia úhrady POBERATEĽ DÔCHODKOVÝCH DÁVOK

Evidenčné číslo SIPO / VS:

Rodné číslo platiteľa:

Meno a priezvisko platiteľa:

Adresa:

Týmto **čestne vyhlasujem** a svojím podpisom potvrdzujem, že :

- **som poberateľom dôchodkových dávok** podľa § 65 až 77 zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov (starobný dôchodok, predčasný starobný dôchodok, invalidný dôchodok, vdovský a vdovecký dôchodok a sirotsky dôchodok) alebo poberateľom rovnocenných dôchodkových dávok vyplácaných zo zahraničia,
- **nemám pravidelný príjem zo zárobkovej činnosti**, a
- **nežijem v domácnosti s inou osobou s pravidelným príjmom zo zárobkovej činnosti**.

Toto vyhlásenie dávam za účelom preukázania nároku na oslobodenie od platenia úhrady v zmysle § 5 ods. 1 písm. b) zákona č. 340/2012 Z. z. o úhrade za služby verejnosti poskytované Rozhlasom a televíziou Slovenska.

Vyhlasujem, že tu uvedené údaje sú pravdivé a uvedomujem si právne následky nepravdivého vyhlásenia.

Dátum

Podpis platiteľa úhrady

Nárok na oslobodenie od platenia úhrady vzniká od nasledujúceho mesiaca.