

**ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ**  
osoby pobírající dávky v hmotné nouzi a osoby s nimi společně  
posuzované

Jméno a příjmení: ..... číslo pojištěnce: .....

**čestně prohlašuji, že v období od ..... do .....**  
v souladu s § 7, odst. 1, písm. f) zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, **splňuji všechny podmínky pro nárok na státem hrazenou kategorii:**

- nejsem v pracovním ani obdobném vztahu,
- nevykonávám samostatnou výdělečnou činnost,
- nejsem veden v evidenci uchazečů o zaměstnání,
- nejsem poživitelem:
  - starobního důchodu,
  - invalidního důchodu pro invaliditu třetího stupně, vdovského nebo vdoveckého důchodu,
- nejsem příjemcem rodičovského příspěvku,
- nejsem posuzován jako nezaopatřené dítě (např. příprava na budoucí povolání).

Beru na vědomí, že v případě zániku podmínek pro zařazení do kategorie „H – osoby pobírající dávky v hmotné nouzi a osoby s nimi společně posuzované“, za kterou hradí zdravotní pojištění stát, tuto skutečnost neprodleně oznámím RBP.

**Čestné prohlášení je nedílnou součástí potvrzení o pobírání dávek pomoci v hmotné nouzi vystavené Úřadem práce ČR.**

e-mail: ..... telefon: .....

Souhlasím se zpracováním mých osobních údajů (e-mail, telefon) RBP, zdravotní pojišťovnou (dále jen RBP), IČO: 476 73 036, jakožto správce údajů a jejich následným využitím pro marketingové účely RBP. Souhlas mohu kdykoliv odvolat.

V ..... dne .....

.....  
podpis