

Dátum doručenia pobočke Sociálnej poisťovne

 POTVRDENIE O UKONČENÍ POSKYTOVANIA OSOBNÉJ A CELODENNEJ STAROSTLIVOSTI* **POTVRDENIE O UKONČENÍ POTREBY OSOBNÉJ A CELODENNEJ STAROSTLIVOSTI*****PREUKÁZANIE OBDOBIA POSKYTOVANIA OSOBNÉJ A CELODENNEJ STAROSTLIVOSTI NA UPPLATNENIE VYLÚČENIA POVINNOSTI PLATIŤ POISTNÉ NA SOCIÁLNE POISTENIE**

Tlačivo odovzdá poistenec po jeho vyplnení pobočke Sociálnej poisťovne, ktorá vykonáva jeho nemocenské poistenie. Pred odovzdaním je poistenec povinný vypísať a podpísať Čestné vyhlásenie na druhej strane žiadosti. Zamestnanec pred odovzdaním predloží tlačivo na potvrdenie svojmu zamestnávateľovi. V prípade, ak si uplatnil nárok na ošetrovné u viacerých zamestnávateľov, samostatné potvrdenie predloží každému z nich.

Vyplní všeobecný lekár ošetrovanej osoby	I. Osoba, ktorej je poskytovaná osobná a celodenná starostlivosť		
		Rodné číslo	Dátum narodenia u cudzinca
	Meno	Priezvisko	
	II. Poistenec, ktorý poskytuje osobnú a celodennú starostlivosť osobe uvedenej v I. bode		
		Rodné číslo	Dátum narodenia u cudzinca
	Meno	Priezvisko	
	III. Osoba uvedená v I. bode bola počas potreby osobnej a celodennej starostlivosti hospitalizovaná (prerušené poskytovanie starostlivosti) v nasledovných obdobiach		
	od	do	(vrátane)
	od	do	(vrátane)
	od	do	(vrátane)
IV. Potvrdenie o predchádzajúcom poskytovaní osobnej a celodennej starostlivosti			
Potvrdzujem, že predchádzajúca osobná a celodenná starostlivosť z dôvodu potreby osobnej a celodennej starostlivosti osobe uvedenej v I. bode bola poskytovaná			
od	do	(vrátane)	
V. Potvrdenie o ukončení poskytovania osobnej a celodennej starostlivosti			
Potvrdzujem, že osobe uvedenej v II. bode ukončujem poskytovanie osobnej a celodennej starostlivosti osoby uvedenej v I. bode dňom..... (posledný deň poskytovania starostlivosti).			
<input type="checkbox"/> Starostlivosť sa poskytovala menej ako tridsať dní z dôvodu nepriaznivého zdravotného stavu poistenca preukázaného posudkom ošetrojúceho lekára osoby uvedenej v II. bode.			
VI. Potvrdenie o ukončení potreby osobnej a celodennej starostlivosti			
Potvrdzujem, že potreba osobnej a celodennej starostlivosti o osobu uvedenú v I. bode bola ukončená dňom (posledný deň potreby).			
.....			
Dátum vystavenia potvrdenia		Odtlačok pečiatky a podpis všeobecného lekára	
Vyplní zamestnávateľ	Potvrdenie zamestnávateľa		
	Zamestnanec/zamestnankyňa, ktorý/á poskytoval/a osobnú a celodennú starostlivosť, nastúpil/a do práce dňa		
	Zamestnanec/zamestnankyňa mal/a v období poskytovania osobnej a celodennej starostlivosti vymeriavací základ na platenie poistného na nemocenské poistenie v dňoch		
.....		
Dátum		Odtlačok pečiatky a podpis zamestnávateľa	

* Vyhovujúce označte x.

**VYHLÁSENIE POISTENCA, KTORÝ SI UPLATŇUJE NÁROK NA DLHODOBÉ
OŠETROVNÉ/PREUKÁZANIE OBDOBIA POSKYTOVANIA OSOBNEJ A CELODENNEJ STAROSTLIVOSTI NA
UPLATNENIE VYLÚČENIA POVINNOSTI PLATIŤ POISTNÉ NA SOCIÁLNE POISTENIE**

Meno a priezvisko poistenca

Korešpondenčná adresa poistenca

Poistný vzťah, z ktorého som si uplatnil nárok na dlhodobé ošetrovné*

zamestnanec (uviesť názov a sídlo zamestnávateľa)

.....
 povinne nemocensky poistená samostatne zárobkovo činná osoba

dobrovoľne nemocensky poistená osoba

Čestne vyhlasujem, že som **poskytoval*** osobnú a celodennú starostlivosť ošetrovanej osobe po celý čas / **neposkytoval* osobnú a celodennú starostlivosť** ošetrovanej osobe z iného dôvodu, ako je hospitalizácia ošetrovanej osoby v období/ v dňoch (rozpísať obdobie alebo dni)

Toto tlačivo slúži aj na uplatnenie **vylúčenia povinnosti platiť poistné** na sociálne poistenie počas obdobia poskytovania osobnej a celodennej starostlivosti osobe uvedenej v I. bode. Z uvedeného dôvodu je potrebné tlačivo predložiť aj v prípade, ak nebol priznaný nárok na dlhodobé ošetrovné.

Súhlasím, aby boli moje osobné údaje spracované v informačnom systéme Sociálnej poisťovne.

Som si vedomý, že som **povinný preukázať všetky skutočnosti rozhodujúce na vznik, trvanie a zánik nároku** na dlhodobé ošetrovné, nároku na jeho výplatu a jeho sumu.

Potvrdzujem svojim podpisom úplnosť a pravdivosť údajov.

.....
Dátum

.....
Podpis poistenca

*** Vyhovujúce označte x.**