

Dátum doručenia pobočke Sociálnej poisťovne

X

**POTVRDENIE O POTREBE OSOBNEJ A CELODENNEJ STAROSTLIVOSTI
A O PRVOM POSKYTOVANÍ OSOBNEJ A CELODENNEJ STAROSTLIVOSTI**
**ŽIADOSŤ O "DLHODOBÉ" OŠETROVNÉ/PREUKÁZANIE OBDOBIA POSKYTOVANIA OSOBNEJ A CELODENNEJ
STAROSTLIVOSTI NA UPLATNENIE VYLÚČENIA POVINNOSTI PLATIŤ POISTNÉ NA SOCIÁLNE POISTENIE**

Poistencem uplatňujúci si nárok na dlhodobé ošetrovné a jeho výplatu predloží toto potvrdenie pobočke Sociálnej poisťovne, ktorá vykonáva jeho nemocenské poistenie. Pred odovzdaním je poistencem povinný vypísať a podpísať vyhlásenie na druhej strane potvrdenia. Zamestnanec pred uplatnením nároku na dlhodobé ošetrovné predloží žiadosť na potvrdenie svojmu zamestnávateľovi.

Vyplní oprávnený lekár (§12b ods. 2 zákona č. 576/2004 Z. z.)	I. Potvrdenie o potrebe osobnej a celodennej starostlivosti		
	Potvrdzujem, že fyzickej osobe	Rodné číslo	Dátum narodenia u cudzinca
	Meno	Priezvisko	
	vznikla potreba osobnej a celodennej starostlivosti od *		
	<input type="checkbox"/> z dôvodu jej hospitalizácie trvajúcej od do t. j. najmenej päť po sebe nasledujúcich dní (vrátane dňa prijatia do a prepustenia zo zariadenia ústavnej starostlivosti), pričom zdravotný stav vyžaduje poskytovanie osobnej a celodennej starostlivosti najmenej tridsať dní alebo		
	<input type="checkbox"/> z dôvodu, že je v štádiu ochorenia na konci života alebo v terminálnom štádiu ochorenia.		
	II. Potvrdenie o prvom poskytovaní osobnej a celodennej starostlivosti		
	Potvrdzujem, že ako prvý bude osobnú a celodennú starostlivosť odo dňa vzniku potreby osobnej a celodennej starostlivosti osobe uvedenej v I. bode poskytovať poistencem		
		Rodné číslo	Dátum narodenia u cudzinca
	Meno	Priezvisko	
Som si vedomý mojej povinnosti oznámiť všetky skutočnosti potvrdené v tlačive všeobecnému lekárovi ošetrovanej osoby			
MUDr. (meno, priezvisko všeobecného lekára a okres alebo miesto výkonu jeho práce)			
..... Dátum vystavenia potvrdenia	 Odtlačok pečiatky a podpis oprávneného lekára	
Vyplní zamestnávateľ	Potvrdenie zamestnávateľa		
	Zamestnanec/zamestnankyňa uvedený/á v bode II. naposledy pracoval/pracovala dňa		
..... Dátum	 Odtlačok pečiatky a podpis zamestnávateľa	
* Vyhovujúce označte x.			

**VYHLÁSENIE POISTENCA, KTORÝ SI UPLATŇUJE NÁROK NA VÝPLATU DLHODOBÉHO
OŠETROVNÉHO/PREUKÁZANIE OBDOBIA POSKYTOVANIA OSOBNÉJ A CELODENNEJ STAROSTLIVOTI NA
UPLATNENIE VYLÚČENIA POVINNOSTI PLATIŤ POISTNÉ NA SOCIÁLNE POISTENIE**

Meno a priezvisko poistenca

Korešpondenčná adresa poistenca

Horeuvedený poistenc si uplatňujem nárok na výplatu ošetrovného odo dňa potvrdeného lekárom a vyhlasujem na svoju česť pravdivosť nižšie uvedených údajov

Vzťah k ošetrovanej osobe*

<input type="checkbox"/> Ošetrovaná osoba je	<input type="checkbox"/> moje dieťa	<input type="checkbox"/> môj manžel/ka	<input type="checkbox"/> môj rodič
<input type="checkbox"/> môj starý rodič, prastarý rodič...	<input type="checkbox"/> rodič môjho manžela/ky	<input type="checkbox"/> môj súrodenec	
<input type="checkbox"/> môj vnuk, pravnuke...	<input type="checkbox"/> dieťa môjho manžela/ky		
<input type="checkbox"/> dieťa, ktoré mi bolo zverené do starostlivosti rozhodnutím príslušného orgánu	<input type="checkbox"/> iné		

Poistný vzťah, z ktorého si uplatňujem nárok na dlhodobé ošetrovné*

- zamestnanec (uviesť názov a sídlo zamestnávateľa)
-
- povinne nemocensky poistená samostatne zárobkovo činná osoba
- dobrovoľne nemocensky poistená osoba

Nárok na dlhodobé ošetrovné si uplatňujem* / neuplatňujem* aj z iného nemocenského poistenia. V prípade, ak si chce poistenc uplatniť nárok na dlhodobé ošetrovné z viacerých nemocenských poistení, z každého nemocenského poistenia musí podať osobitnú žiadosť.

Ošetrovné žiadam vyplatiť*

na účet vo formáte IBAN, ktorého som majiteľom* , ktorého majiteľom je manžel/ka*

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Doplňujúce údaje pri zahraničnom účte

SWIFT kód banky

Úplný názov banky

Adresa banky (ulica, číslo, PSČ, mesto a štát)

.....

v hotovosti na adresu (ulica, číslo, PSČ, mesto)*

Ošetrovné sa poukazuje na účet príjemcu v banke alebo v pobočke zahraničnej banky. Na žiadosť príjemcu sa ošetrovné vypláca v hotovosti, t. j. poštovou poukážkou alebo poštovým okruhom. Na písomnú žiadosť poberateľa ošetrovného sa dávka poukazuje na účet manžela/manželky v banke alebo v pobočke zahraničnej banky, ak má v čase poberania ošetrovného právo disponovať s finančnými prostriedkami na tomto účte a ak s týmto spôsobom poukazovania ošetrovného manžel/ka súhlasí.

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.

Ak žiadam vyplatiť dlhodobé ošetrovné na adresu, súhlasím, aby Sociálna poisťovňa poskytovala Slovenskej pošte a. s., moje osobné údaje.

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.

(Bez podpisu poistenca bude konanie o ošetrovnom prerušené!)

Dátum

.....
Podpis poistenca

* Vyznačiť iba jednu z možností. Vyhovujúce označte x.