

Dátum doručenia pobočke Sociálnej poisťovne .....

X
---

**POTVRDENIE O POSKYTOVANÍ OSOBNÉJ A CELODENNEJ STAROSTLIVOSTI ĎALŠOU OSOBOU**
**ŽIADOSŤ O "DLHODOBÉ" OŠETROVNÉ/PREUKÁZANIE OBDOBIA POSKYTOVANIA OSOBNÉJ A CELODENNEJ STAROSTLIVOSTI NA UPLATNENIE VYLÚČENIA POVINNOSTI PLATIŤ POISTNÉ NA SOCIÁLNE POISTENIE**

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

Vyplní všeobecný lekár ošetrovanej osoby	<b>I. Potvrdenie o potrebe osobnej a celodennej starostlivosti</b>			
	Potvrdzujem, že fyzickej osobe	<table border="1" style="width: 100%; height: 30px;"> <tr> <td style="width: 50%;">Rodné číslo</td> <td style="width: 50%;">Dátum narodenia u cudzinca</td> </tr> </table>	Rodné číslo	Dátum narodenia u cudzinca
	Rodné číslo	Dátum narodenia u cudzinca		
	Meno	Priezvisko		
	potvrdil oprávnený lekár potrebu 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.				
<b>II. Potvrdenie o poskytovaní osobnej a celodennej starostlivosti ďalšou osobou</b>				
Potvrdzujem, že ďalšiu osobnú a celodennú starostlivosť z dôvodu potreby osobnej a celodennej starostlivosti osobe uvedenej v I. bode bude poskytovať				
od	<table border="1" style="width: 100%; height: 30px;"> <tr> <td style="width: 50%;">Rodné číslo</td> <td style="width: 50%;">Dátum narodenia u cudzinca</td> </tr> </table>	Rodné číslo	Dátum narodenia u cudzinca	
Rodné číslo	Dátum narodenia u cudzinca			
Meno	Priezvisko			
<b>III. Potvrdenie o prechádzajúcom poskytovaní osobnej a celodennej starostlivosti</b>				
A) Potvrdzujem, že poskytovanie predchádzajúcej osobnej a celodennej starostlivosti o osobu uvedenú v I. bode, bola potvrdená inej fyzickej osobe od ..... a ukončená dňom ..... (bez ukončenia predchádzajúceho poskytovania nemôže byť potvrdené nové poskytovanie).				
B) V predchádzajúcom období poistenec uvedený v II. bode poskytoval osobnú a celodennú starostlivosť osobe uvedenej v I. bode v týchto obdobiach (uviesť všetky obdobia)				
od	do (vrátane)			
..... Dátum vystavenia potvrdenia ..... Odtlačok pečiatky a podpis všeobecného lekára .....				
Vyplní zamestnávateľ	<b>Potvrdenie zamestnávateľa</b> 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 STAROSTLIVOSTI NA UPLATNENIE VYLÚČENIA POVINNOSTI PLATIŤ POISTNÉ NA SOCIÁLNE POISTENIE**

Meno a priezvisko poistenca

Korešpondenčná adresa poistenca

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

**Vzťah k ošetrovanej osobe\***

**Ošetrovaná osoba je**

moje dieťa

môj manžel/ka

môj rodič

môj starý rodič, prastarý rodič...

rodič môjho manžela/ky

môj súrodenec

môj vnuk, pravnuke...

dieťa môjho manžela/ky

dieťa, ktoré mi bolo zverené do starostlivosti rozhodnutím príslušného orgánu

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 poistenec 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\*

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 svojím podpisom úplnosť a pravdivosť údajov.**

(Bez podpisu poistenca bude konanie o ošetrovnom prerušené!)

Dátum .....

.....  
Podpis poistenca

\* **Vyznačiť iba jednu z možností. Vyhovujúce označte x.**