

Dátum doručenia pobočke Sociálnej poisťovne

POTVRDENIE O TRVANÍ POSKYTOVANIA OSOBNÉJ A CELODENNEJ STAROSTLIVOSTI KU KONCU KALENDÁRNEHO Mesiaca/PREUKÁZANIE OBDOBIA POSKYTOVANIA OSOBNÉJ A CELODENNEJ STAROSTLIVOSTI NA UPLATNENIE VYLÚČENIA POVINNOSTI PLATIŤ POISTNÉ NA SOCIÁLNE POISTENIE

Potvrdenie vystaví ošetrojúci lekár poistencovi, ak poskytuje osobnú a celodennú starostlivosť ku koncu kalendárneho mesiaca, ak táto potreba bude trvať aspoň časť nasledujúceho kalendárneho mesiaca. Potvrdenie slúži na účely výplaty "dlhodobého" ošetrovného a na účely vylúčenia povinnosti platiť poistné na sociálne poistenie. Potvrdenie odovzdá poistenec po jeho vyplnení pobočke Sociálnej poisťovne, ktorá vykonáva jeho nemocenské poistenie. Pred odovzdaním je poistenec povinný vypísať a podpísať vyhlásenie na druhej strane potvrdenia. Zamestnanec pred odovzdaním predloží tlačivo na potvrdenie svojmu zamestnávateľovi. V prípade, ak si uplatnil nárok na ošetrovné v 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. Potvrdenie o trvaní/prerušení poskytovania osobnej a celodennej starostlivosti		
	Potvrdzujem, že potreba osobnej a celodennej starostlivosti ošetrovanej osobe uvedenej v I. bode a poskytovanie osobnej a celodennej starostlivosti osobou uvedenou v II. bode trvá ku dňu (vrátane).		
	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 prechádzajúcom 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)	
..... Dátum vystavenia potvrdenia	 Odtlačok pečiatky a podpis všeobecného lekára	
Vyplní zamestnávateľ	Potvrdenie zamestnávateľa		
	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	

**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

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 svojím podpisom úplnosť a pravdivosť údajov a som si vedomý/vedomá právnych následkov nepravdivého čestného vyhlásenia.

.....
Dátum

.....
Podpis poistenca

*** Vyhovujúce označte x.**