



**Žiadosť o ošetrovné z dôvodu uzavretia školy, predškolského zariadenia alebo zariadenia sociálnych služieb**

**A. Poistenec, ktorý si uplatňuje nárok na ošetrovné v prípade potreby osobnej a celodennej starostlivosti o dieťa do dovršenia 11. roku veku (10 rokov + 364 dní) alebo dieťaťa do dovršenia 18. roku veku (17 rokov + 364 dní) s dlhodobou nepriaznivým zdravotným stavom:**

**Meno a priezvisko poistenca (povinné pole)**

Rodné číslo/dátum narodenia u cudzinca (povinné pole)

**Nárok na ošetrovné si uplatňujem**

od do (vrátane)

meno, priezvisko, rodné číslo dieťaťa (u cudzinca dátum narodenia)

ktoré je \* moje dieťa, môj vnuk, pravnuk..., môj súrodenec, dieťa môjho manžela /ky, dieťa, ktoré mi bolo zverené do starostlivosti rozhodnutím príslušného orgánu, iné

**B. Potvrdenie o uzavretí školy/predškolského zariadenia/zariadenia soc. služieb:**

Potvrdzujem, že škola/predškolské zariadenie/zariadenie soc. služieb

(názov a adresa školy/predškolského zariadenia/zariadenia soc. služieb)

bolo uzavreté

rozhodnutím príslušného orgánu

bolo v nich nariadené karanténne opatrenie na základe rozhodnutia príslušného regionálneho úradu verejného zdravotníctva

v období od do (vrátane)\*\*

Dátum:

### Odtlačok pečiatky a podpis

(školy/predškolského zariadenia/zariadenia soc. služieb)

#### C. Potvrdenie zamestnávateľa:

Zamestnanec naposledy pracoval dňa:

Dátum:

Odtlačok pečiatky a podpis zamestnávateľa

### **Poučenie:**

**Časť A** vyplní poistenec, ktorý žiada o ošetrovné

#### **Časť B vyplní škola/predškolské zariadenie/zariadenie soc. služieb**

### **Časť C vyplní zamestnávateľ**

**Informácie o nároku na dávku sú k dispozícii na webovej stránke Sociálnej poisťovne.**

\* Vyhovujíce označte "x"

\*\* V prípade, ak škola/predškolské zariadenie/zariadenie soc. služieb v čase potvrdenia potreby starostlivosti nedisponujú informáciou dokedy budú uzavreté, poistenec je povinný predložiť *Oznámenie o zmene skutočnosti ovplyvňujúcich nárok na ošetrovné z dôvodu uzavretia školy/predškolského zariadenia/zariadenia sociálnych služieb* dodatočne, bezprostredne po uplynutí doby uzavretia. Bez doloženia oznamenia nebude dávka vyplatená.

**Vyhlásenie poistencu****Meno a priezvisko poistencu** (povinné pole)

Korešpondenčná adresa (ak je iná ako adresa trvalého pobytu)

Telefónne číslo (nepovinné)

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

zamestnanec (uviesť názov a sídlo zamestnávateľa)

povinne nemocensky poistená samostatne zárobkovo činná osoba

dobrovoľne nemocensky poistená osoba

Nárok na ošetrovné si uplatňujem\* neuplatňujem\* aj z iného nemocenského poistenia.

V prípade, ak si chce poistenec uplatniť nárok na ošetrovné z viacerých nemocenských poistení, z každého nemocenského poistenia musí podať osobitnú žiadosť.

V období prvých štrnástich dní potreby osobnej a celodennej starostlivosti (vyplní iba zamestnanec)\*

nebudem vykonávať zárobkovú činnosť, t. j. nebudem mať nárok na mzdu

budem vykonávať zárobkovú činnosť, t. j. budem mať nárok na mzdu v dňoch

**Ošetrovné žiadam vyplatiť\*****na účet vo formáte (IBAN)**

Doplňujúce údaje (iba pri zahraničnom účte, inak nevyplíňať)

SWIFT kód banky

Úplný názov banky

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

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

Dávka sa poukazuje na účet v banke alebo pobočke zahraničnej banky uvedený v žiadosti alebo v hotovosti na adresu uvedenú v žiadosti. Ak nie je uvedené v žiadosti číslo účtu alebo adresa výplaty dávky, Sociálna poisťovňa vyplatí dávku na adresu trvalého pobytu poistencu prostredníctvom Slovenskej pošty, a. s.

Ak žiadam o ošetrovné na dieťa od dovŕšeného 11. roku do dovŕšenia 18. roku veku s dlhodobu nepriaznivým zdravotným stavom\*:

Kópiu rozhodnutia príslušného úradu práce, sociálnych vecí a rodiny o dlhodobu nepriaznivom zdravotnom stave dieťaťa alebo ďažkom zdravotnom postihnutí dieťaťa prikladám v prílohe.

Dieťaťu nebolo vydané rozhodnutie príslušného úradu práce, sociálnych vecí a rodiny o dlhodobu nepriaznivom zdravotnom stave alebo ďažkom zdravotnom postihnutí, a preto žiadam o posúdenie dlhodobu nepriaznivého zdravotného stavu dieťaťa posudkovým lekárom Sociálnej poisťovne.

**Súhlasím**, aby boli moje osobné údaje spracované v informačnom systéme Sociálnej poisťovne. Ak bude dávka vyplatená 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 dávku, nároku na jej výplatu a sumu.**Som si vedomý** povinnosti nahlásiť všetky skutočnosti ovplyvňujúce nárok na ošetrovné, najmä prerušenie/ukončenie starostlivosti o dieťa alebo dosahovanie príjmu v inom rozsahu ako je uvedené vyšie.**Zmenu údajov uvedených v tejto žiadosti je poistenec povinný nahlásiť Sociálnej poisťovni prostredníctvom tlačiva Oznámenie o zmene skutočností ovplyvňujúcich nárok na ošetrovné z dôvodu uzavretia školy/predškolského zariadenia/zariadenia sociálnych služieb.****Svojím podpisom potvrdzujem úplnosť a pravdivosť údajov.**

(Bez podpisu poistencu bude konanie o ošetrovnom prerušené.)

Dátum:

Podpis poistencu