

## **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 dovŕšenia 11. roku veku (10 rokov + 364 dní) alebo dieťaťa do dovŕšenia 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 z dôvodu poskytovania osobnej a celodennej starostlivosti zdravému dieťaťu do dovŕšenia 11. roku veku alebo dieťaťu do dovŕšenia 18. roku veku s dlhodobou nepriaznivým zdravotným stavom**

od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ (vrátane)

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

ktoré **nemôže navštevovať** školu/predškolské zariadenie/zariadenie soc. služieb, v ktorých sa poskytuje dieťaťu starostlivosť, keďže **boli rozhodnutím príslušných orgánov uzavreté** alebo v nich **bolo nariadené karanténne opatrenie príslušným regionálnym úradom verejného zdravotníctva.**

**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.**

\* 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 skutočností ovplyvňujúcich nárok na ošetrovné z dôvodu uzavretia školy/predškolského zariadenia/zariadenia sociálnych služieb* dodatočne, bezprostredne po uplynutí doby uzavretia. Bez doloženia oznámenia nebude dávka vyplatená.

**Vyhlasenie poistenca****Meno a priezvisko poistenca** (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 nevyplňať)

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 poistenca prostredníctvom Slovenskej pošty, a. s.

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

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

Dieťaťu nebolo vydané rozhodnutie príslušného úradu práce, sociálnych vecí a rodiny o dlhodobo nepriaznivom zdravotnom stave alebo ťažkom zdravotnom postihnutí, a preto žiadam o posúdenie dlhodobo 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 vyššie.

**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 poistenca bude konanie o ošetrovnom prerušení.)

Dátum:

Podpis poistenca

\*\*Vyhovujúce označte x.