

určené pre záznamy SP

**ŽIADOSŤ O OŠETROVNÉ**

**(nárok uplatnený počas krízovej situácie)**

**Poistenec, ktorý si uplatňuje nárok na ošetrovné:**

|  |  |
| --- | --- |
| Meno, priezvisko:  |  |
| Dátum narodenia: |  | Rodné číslo: |  |
| Adresa: |  |
| Telefónne číslo (voliteľné): |  |
| e-mail (voliteľné): |  |

**Poistný vzťah**, z ktorého si uplatňujem nárok na ošetrovné (ak z viacerých poistení, uviesť všetky):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ] | Zamestnanec\* |  |
|  | (uviesť názov zamestnávateľa/ľov) |
| [ ] | Povinne nemocensky poistená samostatne zárobkovo činná osoba\* |
| [ ] | Dobrovoľne nemocensky poistená osoba\* |

**Nárok na ošetrovné si uplatňujem od  z dôvodu poskytovania osobnej a celodennej starostlivosti/ osobného a celodenného ošetrovania:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]\* | **zdravého dieťaťa do dovŕšenia 11. roku veku (10 rokov + 364 dní)**  | [ ]\* | **alebo dieťaťa**   |
| **do dovŕšenia 18. roku veku s dlhodobo nepriaznivým zdravotným stavom (17 rokov + 364 dní)**  |
| meno, priezvisko |  | rodné číslo |  |
| dátum narodenia |  | , ktoré |
|  | [ ] \* je/ [ ] \* nie je zapísané v jasliach, materskej škole |
|  | [ ] \* je/ [ ] \* nie je žiakom školy |
|  |  |
| ak je, uveďte názov a adresu jaslí, materskej školy alebo školy |

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*

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] \* | **príbuzného v priamom rade** (*rodič, dieťa, starý rodič, vnúča prastarý rodič, pravnúča*)**, súrodenca, manžela, manželky alebo rodiča manžela alebo manželky** |
| meno, priezvisko |  | , rodné číslo  |  |
| dátum narodenia |  | , ktorý nemôže navštevovať zariadenie sociálnych služieb, |
| v ktorom sa mu poskytuje sociálna služba ambulantnou formou alebo pobytovou formou, nakoľko toto zariadenie bolo počas krízovej situácie uzavreté alebo v ňom bolo nariadené karanténne opatrenie (podčiarknuť vyhovujúci rodinný vzťah) |
|  |
| (Názov a adresa uzatvoreného zariadenia) |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] \* | **chorého dieťaťa do dovŕšenia 16. roku veku (15 rokov + 364 dní)**  |
| meno, priezvisko  |  | , rodné číslo  |  |
| dátum narodenia  |  | , ktoré **podľa potvrdenia príslušného lekára** nevyhnutne  |
|  vyžaduje ošetrovanie inou fyzickou osobou. |

**Ošetrovné žiadam vyplatiť:**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] | **v hotovosti na adresu\*** |
|  | ulica, číslo domu |  |
|  | PSČ, obec |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  [ ] | **na účet v banke\*** |
|  | číslo vo formáte IBAN |  |
|  | **V prípade, ak ide o zahraničný bankový účet uviesť doplňujúce údaje:** |
|  | SWIFT kód banky |  |
|  | Presný a úplný názov banky |  |
|  | Ulica a číslo (adresa banky) |  |
|  |  | PSČ |  | Mesto |  |
|  |  | Štát |  |

**Čestne vyhlasujem**, že ak som uviedol číslo účtu inej osoby, majiteľ účtu mi dal súhlas so zasielaním dávky na tento účet.

**Ak mi bude priznaný nárok na ošetrovné, som si vedomý, že ku koncu každého kalendárneho mesiaca, v ktorom budem počas krízovej situácie poskytovať osobnú a celodennú starostlivosť / ošetrovanie, musím preukázať nárok na výplatu ošetrovného zaslaním vyplneného čestného vyhlásenia na účely výplaty ošetrovného počas krízovej situácie, ktorého vzor je zverejnený na stránke Sociálnej poisťovne.**

**Posledný deň ošetrovania/starostlivosti bude deň, ktorý uvediem v poslednom čestnom vyhlásení zaslanom Sociálnej poisťovni.**

Žiadosť je možné zaslať Sociálnej poisťovni elektronicky prostredníctvom ústredného portálu verejnej správy alebo [**https://korona.gov.sk/**](https://korona.gov.sk/) alebo e-mailom na **jednu** e-mailovú adresu príslušnej pobočky, prípadne podpísané poštou na adresu príslušnej pobočky.

Kontakty na pobočky sú zverejnené na webstránke Sociálnej poisťovne <https://www.socpoist.sk/kontakty--xly/48023s> .

  

 Dátum Meno, priezvisko a podpis poistenca\*\*

\* vyhovujúci údaj označte X, pri údajoch o výplate musí byť vyznačený práve jeden spôsob; ak ste vyznačili požiadavku posúdenia dlhodobo nepriaznivého zdravotného stavu dieťaťa posudkovým lekárom Sociálnej poisťovne bude Vás kontaktovať poverený zamestnanec Sociálnej poisťovne a posúdenie sa vykoná v neprítomnosti

\*\* pri zaslaní žiadosti elektronicky podpis poistenca nie je potrebný, vtedy uveďte iba meno a priezvisko paličkovým písmom