

Dátum doručenia pobočke Sociálnej poisťovne

ŽIADOSŤ O OŠETROVNÉ
D
I. Žiadosť o ošetrovné

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

I. Vyplní poistenec	Rodné číslo	
 Meno a priezvisko poistenca Adresa trvalého/prechodného pobytu Poistný vzťah 1. Zamestnanec <input type="checkbox"/> 3. Dobrovoľne nemocensky poistená osoba <input type="checkbox"/> 2. Povinne nemocensky poistená samostatne zárobkovo činná osoba <input type="checkbox"/> Zamestnávateľ (ak ide o zamestnanca) Žiadam o ošetrovné z dôvodu osobného a celodenného ošetrovania/starostlivosti fyzickej osoby uvedenej v časti II., ktorá je mojím/mojou dieťaťom <input type="checkbox"/> manželom/manželkou <input type="checkbox"/> rodičom <input type="checkbox"/> rodičom manžela/rodičom manželky <input type="checkbox"/>	
II. Vyplní oprávnený lekár <small>časť A v prípade nevyhnutnej potreby osobitného a celodenného ošetrovania chorých osôb časť B v prípade potreby osobnej a celodennnej starostlivosti o dieťa do 10 rokov veku z dôvodu uvedených v časti B časť C v prípade potreby osobnej a celodennnej starostlivosti o dieťa do 10 rokov veku z dôvodu uvedeného v časti C</small>	A. Potvrdzujem, že Meno a priezvisko ošetrovaného Rodné číslo ošetrovaného ochorel a jeho zdravotný stav nevyhnutne vyžaduje osobné a celodenné ošetrovanie od Dátum Odtlačok pečiatky a podpis oprávneného lekára	
	B. Nariadenie karanténneho opatrenia dieťaťa, uzavretie predškolského zariadenia, zariadenia sociálnych služieb alebo školy Rodné číslo dieťaťa Potvrdzujem, že dieťa má nariadené karanténne Meno a priezvisko opatrenie <input type="checkbox"/> predškolské zariadenie alebo zariadenie sociálnych služieb, v ktorých sa poskytuje dieťaťu starostlivosť, alebo škola, ktorú dieťa navštevuje, boli rozhodnutím príslušných orgánov uzavreté <input type="checkbox"/> alebo v nich bolo nariadené kar. opatrenie <input type="checkbox"/> . Dieťa vyžaduje osobnú a celodennú starostlivosť od Dátum Odtlačok pečiatky a podpis oprávneného lekára	
	C. Ochorenie, nariadenie karanténneho opatrenia osoby, ktorá sa inak o dieťa stará Rodné číslo dieťaťa Potvrdzujem, že , ktorý/á sa inak o dieťa Meno a priezvisko Meno a priezvisko stará, ochorel/a <input type="checkbox"/> má nariadené karanténne opatrenie <input type="checkbox"/> bol/a prijatá do ústavnej starostlivosti <input type="checkbox"/> a preto sa nemôže o dieťa starať. Dieťa vyžaduje osobnú a celodennú starostlivosť od Dátum Odtlačok pečiatky a podpis oprávneného lekára	
	III. Vyplní zamestnávateľ Potvrdenie zamestnávateľa (ak ide o zamestnanca) Zamestnanec: naposledy pracoval dňa Dátum Odtlačok pečiatky a podpis zamestnávateľa	

1. Som si vedomý, že som povinný preukázať všetky skutočnosti rozhodujúce na vznik, trvanie a zánik nároku na ošetrovné, nároku na jeho výplatu a jeho sumu.

3. Nárok na ošetrovné si uplatňujem ☐ neuplatňujem ☐ aj z iného poistenia.

4. Ošetrovné žiadam poukázať*:

☐ na účet vo formáte IBAN

ktorého som majiteľom ☐

... ktorého majiteľom je manžel/ka ☐

☐ v hotovosti na:

adresu trvalého pobytu ☐ uvedenú v časti I.

inú adresu

* 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 pokazovania ošetrovného manžel/ka súhlasí.

5. Nemám ☐ mám ☐ podanú žiadosť o starobný dôchodok, predčasný starobný dôchodok alebo invalidný dôchodok, o ktorej doposiaľ nebolo rozhodnuté.

6. Súhlasím, aby boli moje osobné údaje spracované v informačnom systéme Sociálnej poisťovne.

7. Ak žiadam vyplatiť ošetrovné na adresu, súhlasím, aby Sociálna poisťovňa poskytovala Slovenskej pošte a. s., moje osobné údaje.

Potvrdzujem svojím podpisom úplnosť a pravdivosť údajov.

(bez podpisu poistenca bude konanie o ošetrovnom prerušené!)

Dátum

Podpis poistenca

Poznámka

☐ Vyhovujúce označte x.

Informácie pre poistenca

1. Poistenec má nárok na ošetrovné od prvého dňa potreby osobného a celodenného ošetrovania/starostlivosti do posledného dňa potreby osobného a celodenného ošetrovania/starostlivosti, najdlhšie počas desiatich kalendárnych dní potreby osobného a celodenného ošetrovania/starostlivosti.

2. Ošetrovné patrí za to isté obdobie a v tom istom prípade len raz a len jednému poistencovi.

3. Poistenec a poberateľ dávky sú povinní preukázať skutočnosti rozhodujúce na vznik nároku na dávku, nároku na jej výplatu a jej sumu.

4. Ak zamestnanec v období nároku na ošetrovne vykonáva činnosť zamestnanca, t. zn. má vymeriavací základ na platenie poisťného na nemocenské poistenie, je povinný oznámiť pobočke Sociálnej poisťovne dni výkonu zárobkovej činnosti.

5. Poistenec má nárok na ošetrovné, ak osobne a celodenne ošetruje choré dieťa, chorého manžela, chorú manželku, chorého rodiča alebo chorého rodiča manžela/manželky, ktorého zdravotný stav podľa potvrdenia príslušného lekára nevyhnutne vyžaduje ošetrovanie inou fyzickou osobou alebo sa stará o dieťa do desiatich rokov veku v prípadoch uvedených v II. časti v bodoch B, a C.

6. Poistenec uplatňujúci si nárok na ošetrovné z viacerých poistení, predloží žiadosť o ošetrovné z každého poistenia (platí aj pri uplatnení nároku na ošetrovné z ochrannej lehoty).

ŽIADOSŤ O OŠETROVNÉ
II. Potvrdenie o skončení potreby osobného a celodenného ošetrovania/starostlivosti

Potvrdenie odovzdá poistenec ihneď po jeho vyplnení pobočke Sociálnej poisťovne, ktorá vykonáva jeho nemocenské poistenie. Zamestnanec pred odovzdaním predloží na potvrdenie svojmu zamestnávateľovi.

I. Vyplní poistenec	Rodné číslo	
	Meno a priezvisko poistenca Adresa trvalého/prechodného pobytu	
II. Vyplní oprávnený lekár <small>časť A v prípade nevyhnutnej potreby osobného a celodenného ošetrovania chorej osoby</small> <small>časť B v prípade potreby osobnej a celodennej starostlivosti o dieťa do 10 rokov veku z dôvodu uvedeného v časti B</small> <small>časť C v prípade potreby osobnej a celodennej starostlivosti o dieťa do 10 rokov veku z dôvodu uvedeného v časti C</small>	A. Potvrdzujem, že Meno a priezvisko ošetrovaného Rodné číslo ošetrovaného ochorel a jeho zdravotný stav nevyhnutne vyžaduje osobné a celodenné ošetrovanie do (vrátane) Dátum Odtlačok pečiatky a podpis oprávneného lekára	
	B. Nariadenie karanténneho opatrenia diétatu, uzavretie predškolského zariadenia, zariadenia sociálnych služieb alebo školy Rodné číslo dieťaťa Potvrdzujem, že dieťa Meno a priezvisko vyžadovalo osobnú a celodennú starostlivosť do (vrátane) Dátum Odtlačok pečiatky a podpis oprávneného lekára	
	C. Ochorenie, nariadenie karanténneho opatrenia osoby, ktorá sa inak o dieťa stará Rodné číslo dieťaťa Potvrdzujem, že, ktorý/á sa inak o dieťa Meno a priezvisko stará, sa nemohol/hla o dieťa starať do (vrátane) Dátum Odtlačok pečiatky a podpis oprávneného lekára	
	III. Vyplní zamestnávateľ Potvrdenie zamestnávateľa (ak ide o zamestnanca) Zamestnanec nastúpil do zamestnania dňa Zamestnanec mal v období prvých desať dní potreby osobného a celodenného ošetrovania vymeriavací základ na platenie poistného na nemocenské poistenie v dňoch Dátum Odtlačok pečiatky a podpis zamestnávateľa	

Informácie pre poistenca

- Poistenec má nárok na ošetrovné od prvého dňa potreby osobného a celodenného ošetrovania/starostlivosti do posledného dňa potreby osobného a celodenného ošetrovania/starostlivosti, najdlhšie počas desiatich kalendárnych dní potreby osobného a celodenného ošetrovania/starostlivosti.
- Ošetrovné patrí za to isté obdobie a v tom istom prípade len raz a len jednému poistencovi.
- Poistenec a poberateľ dávky sú povinní preukázať skutočnosti rozhodujúce na vznik nároku na dávky, nároku na jej výplatu a jej sumu.
- Ak zamestnanec v období nároku na ošetrovné vykonáva činnosť zamestnanca, t. zn. má vymeriavací základ na platenie poistného na nemocenské poistenie, je povinný oznámiť pobočke Sociálnej poisťovne dni výkonu zárobkovej činnosti.
- Zamestnancovi a samostatne zárobkovo činnnej osobe sa prerušuje povinné nemocenské poistenie, povinné dôchodkové poistenie a povinné poistenie v nezamestnanosti od 11. dňa potreby osobného a celodenného ošetrovania/starostlivosti do skončenia potreby osobného a celodenného ošetrovania/starostlivosti.

	A. Poistenec je ... (meno a priezvisko)	Dátum ...
	B. Načítanie k ... (meno a priezvisko)	Dátum ...
	C. ... (meno a priezvisko)	Dátum ...
	D. ... (meno a priezvisko)	Dátum ...
	E. ... (meno a priezvisko)	Dátum ...
	F. ... (meno a priezvisko)	Dátum ...
	G. ... (meno a priezvisko)	Dátum ...
	H. ... (meno a priezvisko)	Dátum ...
	I. ... (meno a priezvisko)	Dátum ...
	J. ... (meno a priezvisko)	Dátum ...
	K. ... (meno a priezvisko)	Dátum ...
	L. ... (meno a priezvisko)	Dátum ...
	M. ... (meno a priezvisko)	Dátum ...
	N. ... (meno a priezvisko)	Dátum ...
	O. ... (meno a priezvisko)	Dátum ...
	P. ... (meno a priezvisko)	Dátum ...
	Q. ... (meno a priezvisko)	Dátum ...
	R. ... (meno a priezvisko)	Dátum ...
	S. ... (meno a priezvisko)	Dátum ...