

Evidenční štítek

04541XX B

ROZHODNUTÍ O POTŘEBĚ OŠETŘOVÁNÍ (péče)

I. díl – Rozhodnutí o vzniku potřeby ošetřování (péče) – žádost o ošetřovné

Žádost o ošetřovné podávají zaměstnanci u svého zaměstnavatele, který žádost předá spolu s potřebnými podklady pro výplatu této dávky příslušné okresní správě sociálního zabezpečení.

ČÁST A – Rozhodnutí

Příjmení
a jméno

Rodné číslo¹⁾

Bydliště (přesná adresa)

onemocněl/a^{2), 3)} byla mu/jí nařízena karanténa²⁾

Z tohoto důvodu

potřebuje nezbytně ošetřování (péči)²⁾

ode dne _____

nemůže pečovat o dítě, o které jinak pečuje,²⁾

ode dne _____

Datum _____

Razítko poskytovatele zdravotních služeb (orgánu ochrany veřejného zdraví)
jmenovka a podpis ošetřujícího lékaře

Tuto stránku vyplní ošetřující lékař.

Poučení

Nesouhlasí-li pojištěnec s rozhodnutím ošetřujícího lékaře (poskytovatele zdravotních služeb) o vzniku potřeby ošetřování (péče), může podat do tří pracovních dnů ode dne doručení rozhodnutí návrh na jeho přezkoumání ošetřujícímu lékaři (poskytovateli zdravotních služeb), který rozhodnutí vydal. Pokud ošetřující lékař (poskytovatel zdravotních služeb) návrhu na přezkoumání rozhodnutí nevyhoví v plném rozsahu, postoupí do pěti pracovních dnů spis s návrhem na přezkoumání příslušnému krajskému úřadu, který udělil oprávnění k poskytování zdravotních služeb (§ 49 zákona č. 373/2011 Sb., v platném znění).

Návrh na přezkoumání rozhodnutí ošetřujícího lékaře (poskytovatele zdravotních služeb) nemá odkladný účinek.



4 2 9 4 4 9 1 4 2 9

1) Nemá-li rodné číslo přiděleno, uvede se evidenční číslo pojištěnce nebo datum narození.

2) Hodičí se označte X a doplňte.

3) Za onemocněl/a osoby, které jinak o dítě pečuje, se považuje i skutečnost, kdy tato osoba utrpěla úraz, porodila, byla přijata k poskytnutí lékařské péče nebo poskytovatelem zdravotních služeb jako průvodce nezletilého dítěte nebo jí byla na základě veřejného pojištění poskytnuta lůžková léčebně-rehabilitační péče.

ČÁST B – Žádost o ošetřovné (vyplňuje žadatel o dávku)

Příjmení a jméno zaměstnance: _____
Rodné číslo¹⁾: _____
Bydliště (přesná adresa): _____

Rodinný stav: _____
 žiji – nežiji s manželem/druhem/registrovaným partnerem²⁾
 mám – nemám v péči dítě ve věku do 16 let, které neukončilo školní docházku²⁾

Žádám o ošetřovné při péči o dítě (člena domácnosti):

Příjmení a jméno: _____
Rodné číslo¹⁾: _____
na ošetřované dítě je – není²⁾ jiné fyzické osobě poskytována peněžní pomoc v mateřství nebo má nárok na rodičovský příspěvek.

Ošetřovaná osoba se mnou v domácnosti³⁾
 žije²⁾
 nežije²⁾ a je mým (mou) _____
rodinný poměr (syn, dcera, vnouč.)

Prohlašuji, že jsou výše uvedené údaje pravdivé, jsem si vědom(a), že jsem povinen(a) uvést a prokázat všechny skutečnosti rozhodné pro nárok na ošetřovné, jeho výši a výplatu (např. že by bezprostředně přede mnou osobu ošetřoval či o ni pečoval někdo jiný).

Ošetřovné žádám vyplatit následujícím způsobem:

poukazáním na můj účet číslo²⁾: _____
kód banky _____ další údaje (viz *Upozornění*) _____

poštovní poukázkou na adresu²⁾: _____

Datum _____ Podpis zaměstnance: _____

Zde vyplňte své jméno, příjmení, rodné číslo a aktuální adresu bydliště. Dále rodinný stav (svobodný/á, ženatý/vdaná,....)

Hodící se označte křížkem.

Vyplňte údaje ošetřovaného člena rodiny.

V případě, že na ošetřovaného člena rodiny je jiným členem pobírán rodičovský či mateřský příspěvek, vyplňte **JE**. V opačném případě **NENÍ**.

Nezapomeňte vyplnit, v jakém jste příbuzenském vztahu.

Vyplňte číslo účtu, kam bude zasláno ošetřovné. Dále datum a podpis.

Upozornění

Ošetřovné se poukazuje na účet zaměstnance u peněžního ústavu v ČR. Uveďte též specifický symbol, je-li k Vašemu číslu účtu přidělen. Na žádost zaměstnance se ošetřovné vyplácí v hotovosti prostřednictvím držitele poštovní licence, tj. poštovní poukázkou. V případě výplaty dávky v hotovosti poštovní poukázkou hradí náklady za doručení příjemce ošetřovaného.

Na základě žádosti zaměstnance se ošetřovné vyplácí do ciziny jen na účet u banky v cizině, náklady této výplaty hradí příjemce. V tomto případě je třeba uvést číslo účtu ve tvaru IBAN, název účtu příjemce, název, adresu a stát banky v cizině, Id kód banky a typ Id banky (např. BIC SWIFT kód).

¹⁾ Nemá-li rodné číslo přiděleno, uveďte se evidenční číslo pojistnice nebo datum narození.

²⁾ Hodící se označte X a doplňte.

³⁾ Domácností se rozumí společenství fyzických osob, které spolu trvale žijí a společně ohrazují náklady na své potřeby.

Evidenční štítek

B

ROZHODNUTÍ O POTŘEBĚ OŠETŘOVÁNÍ (péče)

II. díl – Rozhodnutí o ukončení potřeby ošetřování (péče)

Rozhodnutí o ukončení potřeby ošetřování vydává ošetřující lékař, který vyznačí datum skončení potřeby ošetřování nemocného člena domácnosti (péče o dítě). Zaměstnanec neprodleně vyplní část B na druhé straně tiskopisu a odevzdá tento doklad neprodleně svému zaměstnavateli, který jej po doplnění části C doručí příslušné okresní správě sociálního zabezpečení.

ČÁST A – Rozhodnutí

Příjmení
a jménoRodné číslo¹⁾

Bydliště (přesná adresa)

 onemocněl/a^{2), 3)} byla mu/jí nařízena karanténa²⁾

Z tohoto důvodu

 potřebuje nezbytně ošetřování (péči)²⁾

ode dne _____

do dne _____

 nemůže pečovat o dítě, o které jinak pečuje,²⁾

ode dne _____

do dne _____

Datum _____

Razítko poskytovatele zdravotních služeb (orgánu ochrany veřejného zdraví)
jmenovka a podpis ošetřujícího lékaře

Poučení

Nesouhlasí-li pojištěnec s rozhodnutím ošetřujícího lékaře (poskytovatele zdravotních služeb) o ukončení potřeby ošetřování (péče), může podat do tří pracovních dnů ode dne doručení rozhodnutí návrh na jeho přezkoumání ošetřujícímu lékaři (poskytovateli zdravotních služeb), který rozhodnutí vydal. Pokud ošetřující lékař (poskytovatel zdravotních služeb) návrhu na přezkoumání rozhodnutí nevyhoví v plném rozsahu, postoupí do pěti pracovních dnů spis s návrhem na přezkoumání příslušnému krajskému úřadu, který udělí oprávnění k poskytování zdravotních služeb (§ 49 zákona č. 373/2011 Sb., v platném znění).

Návrh na přezkoumání rozhodnutí ošetřujícího lékaře (poskytovatele zdravotních služeb) nemá odkladný účinek.

Zaměstnanec, kterému bylo ošetřovné vyplaceno za dobu delší než 9 kalendářních dnů potřeby ošetřování, předloží oznámení o výplatě dávky (tj. oznámení, které obdrží spolu s dávkou), k nahlédnutí své mzdové účtárně, jako podklad pro vedení evidence vyloučených dob pro účely důchodového pojištění.

1) Není-li rodné číslo přiděleno, uvede se evidenční číslo pojištěnce nebo datum narození.

2) Hodící se označte X a doplňte.

3) Za onemocnělé osoby, které jinak o dítě pečuje, se považuje i skutečnost, kdy tato osoba utrpěla úraz, porodila, byla přijata k poskytnutí lůžkové péče nebo poskytovatelem zdravotních služeb jako přívronec nezletilého dítěte nebo jí byla na základě veřejného pojištění poskytnuta lůžková léčebná rehabilitační péče.



8 5 8 1 4 6 2 8 2 4

Tuto stránku vyplní ošetřující lékař.

ČÁST B – Vyplní zaměstnanec žádající o dávku³⁾

Příjmení a jméno zaměstnance: _____
Rodné číslo¹⁾: _____
Bydliště (přesná adresa): _____
Dítě (jiného člena domácnosti):
Příjmení a jméno: _____
Rodné číslo¹⁾: _____
Jsem ošetřoval/a ve dnech _____
Prohlašuji, že nárok na ošetřovné za tuto dobu neuplatňuje jiný oprávněný a že jsem v těchto dnech osobně ošetřoval/a (pečoval/a) o dítě (nemocného člena domácnosti).
Datum _____ Podpis zaměstnance: _____

Zde vyplňte své jméno, příjmení, rodné číslo a aktuální adresu bydliště.

Vyplňte údaje ošetřovaného člena rodiny.

Vyplňte data, od kdy do kdy jste pečoval o člena rodiny.

Vyplní zaměstnavatel.

ČÁST C – Záznamy zaměstnavatele³⁾

Zaměstnanec opět nastoupil do zaměstnání dne: _____
Zaměstnanec pracoval v průběhu ošetřování ve dnech (vyplní se jen, pokud spadá do podpůrčí doby): _____
Zaměstnanec odpracoval v průběhu podpůrčí doby všechny plánované směny: ano – ne²⁾
Razítko zaměstnavatele a podpis

První **PRACOVNÍ** den nástupu zaměstnance po ukončení OČR.

Pokud zaměstnanec v průběhu OČR pracoval, uveďte zde. V tyto dny nemá nárok na OČR.

Hodící se označte křížkem.

Razítko a podpis zaměstnavatele.