

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

ZÁKLADNÁ ŠKOLA S MATERSKOU ŠKOLOU RUDOLFA DILONGA, TRSTENÁ'
(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 **01. 08. 2024** do **30. 08. 2024** (vrátane)*

Dátum: **04. 07. 2024**

Základná škola
s materskou školou
Rudolfa Dilonga
Hviezdoslavova 237, Trstená

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 dlhodobou nepriaznivým zdravotným stavom**:

- Kópiu rozhodnutia príslušného úradu práce, sociálnych vecí a rodiny o dlhodobou nepriaznivom zdravotnom stave dieťaťa alebo ťažkom zdravotnom postihnutí dieťaťa prikladám v prílohe.
- Dieťaťu nebolo vydané rozhodnutie príslušného úradu práce, sociálnych vecí a rodiny o dlhodobou nepriaznivom zdravotnom stave alebo ťažkom zdravotnom postihnutí, a preto žiadam o posúdenie dlhodobou 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 prerušené.)

Dátum:

Podpis poistenca

**Vyhovujúce označte x.