

☐ Nemocenské *)

Číslo rozhodnutí (identifikátor)

☒ Ošetrovné *)

Číslo rozhodnutí (identifikátor)

☐ Vznik *)☐ Trvání *)☐ Ukončení *)☐ Peněžitá pomoc v mateřství *)☐ Otcovská *)☐ Dlouhodobé ošetrovné *)☐ Vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství *)☐ zahraniční (bez čísla rozhodnutí *)☐ opravné podání *)

Pracoviště ÚSSZ (OSSZ/PSSZ/MSSZ Brno)

A. Základní identifikace zaměstnavatele

Název zaměstnavatele

Identifikační číslo

Variabilní symbol

B. Základní identifikace zaměstnance

Příjmení zaměstnance

Jméno zaměstnance

Rodné číslo **)

Telefon zaměstnance

E-mail zaměstnance

Zaměstnan od

do

Druh činnosti

C. Údaje o započitatelném příjmu v rozhodném období

Rozhodné období od

do

Kalendářní měsíc, rok		Započitatelný příjem (vyměřovací základ) v Kč	Vyloučené dny podle § 18 odst. 7 ZNP Počet kalendářních dnů
Celkem			
Pravděpodobná výše příjmu			

V den vzniku sociální události zaměstnanec pracoval

☐ ano☐ ne *)

a odpracoval

hodin

Délka směny první den sociální události podle rozvržení pracovní doby platné pro zaměstnance

*) Hodící se označte x.

**) Není-li rodné číslo přiděleno, uveďte se evidenční číslo pojištěnce.

Zaměstnanec ze zaměstnání malého rozsahu (nebo více zaměstnání malého rozsahu u téhož zaměstnavatele) nebo z dohody o provedení práce (nebo z více dohod o provedení práce u téhož zaměstnavatele) dosáhl v kalendářním měsíci vzniku sociální události započitatelný

příjem Kč

Zaměstnanec ☐ je ☐ není *) žákem (studentem) a zaměstnání ☐ spadá ☐ nespadá *) výlučně do období školních prázdnin

V době vzniku potřeby ošetřování/péče ☐ má ☐ nemá *) zaměstnanec pracovní volno bez náhrady příjmu, včetně rodičovské

dovolené od do

Před vznikem sociální události pojišťovna ☐ byla ☐ nebyla *) převedena dne na jinou práci z důvodu těhotenství

Zaměstnanci je vyplácena mzda, plat nebo odměna

☐ na účet v ČR *)

Předčíslí Číslo účtu Kód banky Specifický symbol

☐ na účet u banky v cizině *)

IBAN Číslo účtu příjemce Název účtu příjemce

Název peněžního ústavu Typ ID banky ID kód banky

Ulice Číslo domu / Obec PSČ Stát

☐ na adresu *)

Ulice Číslo domu / Obec PSČ

☐ v hotovosti *)

D. Žádost o dávku

Důvod ošetřování/péče (podle § 39 odst. 1 ZNP)

☐ ošetřování nemocné osoby *)

☐ karanténa dítěte do 10 let *)

☐ zařízení, které navštěvuje dítě do 10 let, bylo uzavřeno *)

Název zařízení (školy), které dítě navštěvuje IČ

☐ osoba, která jinak o dítě pečuje, onemocněla *)

Příjmení ošetřované osoby Jméno ošetřované osoby Rodné číslo ošetřované osoby **) Datum narození ošetřované osoby
(osoby, o kterou je nutno pečovat) (osoby, o kterou je nutno pečovat) (osoby, o kterou je nutno pečovat) (osoby, o kterou je nutno pečovat)

Vztah ošetřované osoby k zaměstnanci (ošetřující osobě)

Zaměstnanec (ošetřující osoba) má společnou domácnost s ošetřovanou osobou ☐ ano ☐ ne *)

Zaměstnanec (ošetřující osoba) ☐ je ☐ není *) osamělý a ☐ má ☐ nemá *) v péči dítě ve věku do 16 let, které neukončilo povinnou školní docházku

Zaměstnanec žádá o výplatu ošetřovného za období od do

Ošetřování/péči zaměstnanec osobně poskytoval po celou dobu nepřítomnosti v zaměstnání ☐ ano ☐ ne *)

Ošetřování/péči zaměstnanec osobně poskytoval v těchto dnech:

od <input type="text"/>	do <input type="text"/>	od <input type="text"/>	do <input type="text"/>
od <input type="text"/>	do <input type="text"/>	od <input type="text"/>	do <input type="text"/>
od <input type="text"/>	do <input type="text"/>	od <input type="text"/>	do <input type="text"/>
od <input type="text"/>	do <input type="text"/>	od <input type="text"/>	do <input type="text"/>
od <input type="text"/>	do <input type="text"/>	od <input type="text"/>	do <input type="text"/>

Na ošetřovanou osobu, která je dítětem, je jiné fyzické osobě poskytována peněžní pomoc v mateřství nebo má jiná osoba nárok na rodičovský příspěvek na ošetřovanou osobu (dítě) ☐ ano ☐ ne *)

Jiná fyzická osoba s nárokem na rodičovský příspěvek je zaměstnancem a v zaměstnání nečerpá volno nebo je OSVČ ☐ ano ☐ ne *)

Jiná fyzická osoba, které je poskytována peněžní pomoc v mateřství nebo má nárok na rodičovský příspěvek na ošetřovanou osobu (dítě), onemocněla, utrpěla úraz, nastaly u ní situace uvedené v § 57 odst. 1 písm. b) nebo c) ZNP, porodila, nebo jí byla nařízena karanténa

☐ ano ☐ ne *)

*) Hodící se označte x.

**) Není-li rodné číslo přiděleno, uveďte se evidenční číslo pojišťovny.

E. Podklady pro výplatu dávky

Zaměstnanec (ošetřující osoba) měl v průběhu období, ve kterém poskytoval ošetřování/péči, vykonávat zaměstnání/naplánované směny

☐ ano ☐ ne^{*)}

Zaměstnanec v průběhu podpůrní doby odpracoval všechny naplánované směny ☐ ano ☐ ne^{*)}

Zaměstnanec (ošetřující osoba) v průběhu období, ve kterém poskytoval ošetřování/péči, vykonával zaměstnání ve dnech

od do od do
od do od do

Zaměstnanec (ošetřující osoba) poslední den trvání potřeby ošetřování/péče pracoval ☐ ano ☐ ne^{*)}

a odpracoval hodin

Pracovní doba, která připadala na poslední den trvání potřeby ošetřování/péče podle rozvrhu směn zaměstnance (ošetřující osoby) činila

hodin

Další sdělení

F. Prohlášení

Prohlašujeme, že údaje v tomto dokumentu odpovídají skutečnosti a jsou ve shodě s účetními záznamy a doklady i se záznamy pracovními. Jsme si vědomi následků, které by měla nesprávnost údajů uvedených v tomto dokumentu, jakož i toho, že přeplatky, které by vznikly v důsledku nesprávného uvedení údajů, jsme povinni nahradit.

Kontaktní pracovník zaměstnavatele - jméno a příjmení

Telefon

Kontaktní e-mail

Důvod vystavení v písemné formě (§ 97 odst. 7 ZNP)

Počet příloh

.....
Razítko a podpis zaměstnavatele

G. Poučení

Zaměstnavatel je povinen přijímat žádosti ve formě oznámení podle § 109 odst. 1 písm. b) bodu 1 svých zaměstnaných osob o dávky, s výjimkou nemocenského a vyrovnávacího příspěvku v těhotenství a mateřství, a další podklady potřebné pro stanovení nároku na dávky a jejich výplatu a neprodleně je spolu s údaji potřebnými pro výpočet dávek předávat okresní správě sociálního zabezpečení. Údaje pro výpočet nemocenského zaměstnavatel zasílá neprodleně po uplynutí prvních 14 dnů trvání dočasné pracovní neschopnosti. Údaje pro výpočet vyrovnávacího příspěvku v těhotenství a mateřství zasílá zaměstnavatel současně se žádostí zaměstnance o vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství. Tyto povinnosti vyplývají ze zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění.

^{*)} Hodící se označte x.

^{**)} Není-li rodné číslo přiděleno, uveďte se evidenční číslo pojištěnce.

ČSSZ, ÚSSZ, okresní pracoviště (kontaktní pracoviště) a IPZS zpracovávají osobní údaje vč. zvláštních kategorií osobních údajů v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů), zákonem č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů v souladu se zákonnou povinností vyplývající zejména ze zákona č. 187/2006 Sb., zákon o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Více informací naleznete na <https://www.cssz.cz/cz/gdpr.htm>.