

Oznámení zaměstnavateli o potřebě dlouhodobé péče
(ust. § 109 odst. 1 písm. b) bod 1. zákona č. 187/2006 Sb.)
Hlášení o dnech, ve kterých byla dlouhodobá péče poskytována

Dlouhodobou péči budu poskytovat ode dne:

V péči se budu střídát s dalšími ošetřujícími:

Vyplňte datum ve formátu dd.mm.rrrr odděleny tečkami, od kterého poskytujete dlouhodobou péči. Pomocí znaku "X" zaškrtněte pole střídání, pokud budete pečovat s dalšími osobami.

Osobní údaje ošetřované osoby (osoba o kterou je nutno pečovat)

Jméno:
Příjmení:
Meno:
Příjmení:
Datum narození:

Vyplňte údaje o osobě, o kterou pečujete. Rodné číslo vyplňte bez mezer a bez lomítka a datum narození ve formátu dd.mm.rrrr (odděleny tečkami).

Číslo rozhodnutí (identifikátor) o potřebě dlouhodobé péče

Vyplňte číslo identifikátoru, které Vám sdělil lékař nebo jste jej obdržel(a) SMS zprávou.

Datum vzniku a ukončení (případně trvání) potřeby dlouhodobé péče podle rozhodnutí ošetřujícího lékaře

Vznik: Trvání: Ukončení:

Vyplňte data (ve formátu dd.mm.rrrr - odděleny tečkami) vzniku, popř. trvání, nebo ukončení dlouhodobé péče podle toho, jak rozhodl ošetřující lékař.

Vyplňte údaje o osobě, která bude poskytovat dlouhodobou péči.

Identifikace zaměstnance

Příjmení: Jméno: Datum narození: Rodné číslo/EČP:
Telefon: E-mail:

Sdělení zaměstnance o průběhu poskytování péče:

Dlouhodobou péči jsem osobně poskytoval po celou dobu nepřítomnosti v zaměstnání.

Dlouhodobou péči jsem osobně poskytoval v těchto dnech:

od do od do
od do od do
od do od do

Zádám o výplatu dlouhodobého ošetřovného za období:

od do

Vyplňte, jakým způsobem jste poskytoval(a) dlouhodobou péči.

Zaškrtněte pomocí znaku "X" buď "po celou dobu nepřítomnosti zaměstnání", nebo období, ve kterých jste pečoval (a).

Zároveň vyplňte období ve formátu dd.mm.rrrr, za které žádáte výplatu dávky dlouhodobého ošetřovného.

Další sdělení zaměstnance:

Ziji ve společné domácnosti s ošetřovanou osobou:

Ano Ne

Domácnost se rozumí společenství fyzických osob, které spolu trvale žijí a společně uhrazují náklady na své potřeby. V případě svěřené dítěte soudem do společné nebo do střídavé péče obou rodičů se za domácnost považuje domácnost každého z těchto rodičů.

Pobírá na ošetřovanou osobu, která je dítětem, jiná fyzická osoba peněžitou pomoc v mateřství nebo má nárok na rodičovský příspěvek:

Ano Ne

Jiná fyzická osoba, které je poskytována peněžitá 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) zákona č. 187/2006 Sb. (ZNP), porodila/byla jí nařízena karanténa:

Ano Ne

Vztah k ošetřované osobě dle § 41a odst. 4 ZNP:

Zaškrtněte pomocí znaku "X":

- Jestli žijete s osobou, o kterou pečujete ve společné domácnosti (tedy trvale a společně hradíte náklady na své potřeby),

- jestli na dítě, o které pečujete, někdo pobírá mateřskou, nebo má nárok na rodičovský příspěvek.

Pokud jste v předchozím řádku zaškrtnl(a) "Ano", sdělte, zda je dotčená jiná osoba nemocná, utrpěla úraz, porodila, je hospitalizována, provází dítě, které bylo hospitalizováno v nemocnici, nebo jí byla nařízena karanténa.

Vyplňte vztah k osobě, o kterou pečujete. Jde o rodinný/příbuzenský vztah.

Datum a místo vyplnění

v dne

Podpis

Vyplňte místo, den (ve formátu dd.mm.rrrr. - odděleny tečkami) a podpis.

Musí jít o prokazatelný způsob sdělení, proto pokud budete oznámení zasílat zaměstnavateli fyzicky, je potřeba, abyste vyplnil(a) místo, den a podepsal(a)