

Část A

Evidenční číslo rozhodnutí o potřebě dlouhodobé péče

A. Identifikace ošetřované osoby

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------------|
| Příjmení | Jméno | Datum narození | Rodné číslo ¹⁾ |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ulice | Číslo domu | Obec | PSČ |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | Stát | <input type="text"/> |

B. Identifikace ošetřující osoby

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------------|
| Příjmení | Jméno | Datum narození | Rodné číslo ¹⁾ |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ulice | Číslo domu | Obec | PSČ |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | Stát | <input type="text"/> |

Vztah ošetřující osoby k ošetřované osobě dle § 41a odst. 3 zákona č. 187/2006 Sb.

C. Identifikace zaměstnavatele

| | |
|----------------------|------------------------------|
| Název | IČ/Rodné číslo ²⁾ |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ulice ²⁾ | Číslo domu ²⁾ |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Obec ²⁾ | PSČ ²⁾ |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | Stát ²⁾ |
| | <input type="text"/> |

D. Souhlas ošetřované osoby s poskytováním dlouhodobé péče

Ošetřovaná osoba uděluje ošetřující osobě souhlas s poskytováním dlouhodobé péče ode dne

Datum a podpis ošetřované osoby³⁾

E. Žádost o dlouhodobé ošetřovné

Žádám o výplatu dávky dlouhodobého ošetřovného od

V poskytování dlouhodobé péče se bude střídat více ošetřujících osob⁴⁾ ano⁵⁾ ne

F. Platební údaje

Dlouhodobé ošetřovné žádám vyplatit následujícím způsobem⁴⁾

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Poukazáním na můj účet v ČR |
| | Předčíslí <input type="text"/> |
| | Číslo účtu <input type="text"/> |
| | Kód banky <input type="text"/> |
| | Specifický symbol <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | Poukazáním na účet u banky v cizině |
| | IBAN <input type="text"/> |
| | Číslo účtu <input type="text"/> |
| | Název účtu příjemce <input type="text"/> |
| | Typ ID banky <input type="text"/> |
| | ID kód banky <input type="text"/> |
| | Název peněžního ústavu <input type="text"/> |
| | Ulice <input type="text"/> |
| | Číslo domu <input type="text"/> |
| | Obec <input type="text"/> |
| | PSČ <input type="text"/> |
| | Stát <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | Poštovní poukázkou na adresu v ČR |
| | Ulice <input type="text"/> |
| | Číslo domu <input type="text"/> |
| | Obec <input type="text"/> |
| | PSČ <input type="text"/> |



Část B

G. Prohlášení ošetřující osoby

Naposledy jsem vykonával(a) jakékoliv zaměstnání/osobně samostatnou výdělečnou činnost dne

Prohlašuji, že údaje uvedené v žádosti jsou pravdivé, a že ohlásím všechny rozhodné skutečnosti, které by měly vliv na výplatu dávky nebo zánik nároku na dávku (vystřídání se v péči, nástup do zaměstnání, odvolání souhlasu ošetřovanou osobou apod.) a to do 8 dnů ode dne, kdy jsem se o těchto skutečnostech dozvěděl(a).

Prohlašuji, že v případě poskytování dlouhodobé péče nezletilému dítěti, jehož nejsem zákonným zástupcem, mi byl zákonným zástupcem dotčeného dítěte udělen souhlas s poskytováním této péče.

Prohlašuji, že jsem svůj vztah k ošetřované osobě dle § 41a odst. 3 zákona č. 187/2006 Sb. uvedl pravdivě a tento vztah odpovídá skutečnosti.

Pro případ, že je můj vztah definován jako druh/družka rodinného příslušníka ošetřované osoby dle § 41a odst. 3 písm. b) zákona č. 187/2006 Sb. (tj. syna, dcery atd.) nebo jako druh/družka ošetřované osoby anebo jako jiná osoba žijící s ošetřovanou osobou v domácnosti, prohlašuji, že s danou osobou mám shodné místo trvalého pobytu, a to po dobu alespoň 3 měsíců bezprostředně předcházejících datu převzetí poskytování dlouhodobé péče.

Prohlašuji, že jsem si vědom(a) skutečnosti, že podmínkou nároku na dávku dlouhodobého ošetřovného je nevykonávání jakéhokoliv zaměstnání nebo osobního výkonu samostatné výdělečné činnosti v průběhu poskytování dlouhodobé péče a že výkonem zaměstnání se rozumí nejen zaměstnání, z něhož jsem účasten nemocenského a důchodového pojištění, ale i činnost v zaměstnání, které nezakládá účast na nemocenském pojištění, například zaměstnání na základě dohody o provedení práce, i když odměna za kalendářní měsíc není vyšší než 10.000,- Kč, nebo na základě dohody o pracovní činnosti či jiného zaměstnání, kdy odměna za kalendářní měsíc je nižší než 2.500,- Kč.

.....
Datum a podpis pojistěnce

Poučení

Žádost o dlouhodobé ošetřovné předkládají zaměstnanci svému zaměstnavateli, který ji předá příslušné okresní správě sociálního zabezpečení nebo jinému příslušnému orgánu nemocenského pojištění. Osoby dobrovolně nemocensky pojištěné předají tuto žádost příslušné okresní správě sociálního zabezpečení.

Ošetřující osoba je povinna předložit zaměstnavateli k nahlédnutí III. díl Rozhodnutí o potřebě dlouhodobé péče (Potvrzení o vzniku potřeby dlouhodobé péče pro ošetřující osobu), popřípadě mu předat kopii tohoto dílu, za účelem udělení souhlasu s nepřítomností zaměstnance v práci po dobu poskytování dlouhodobé péče ze strany zaměstnavatele.

Upozornění

Dlouhodobé ošetřovné se poukazuje na účet příjemce dávky u peněžního ústavu v České republice. Uveďte též specifický symbol, je-li k Vašemu číslu přidělen. Na žádost ošetřující osoby se dlouhodobé ošetřovné vyplácí v hotovosti prostřednictvím držitele poštovní licence, tj. poštovní poukázkou. V případě výplaty dávky v hotovosti poštovní poukázkou hradí náklady za doručení příjemce dávky. Na základě žádosti ošetřující osoby se dlouhodobé ošetřovné vyplácí do ciziny jen na účet ošetřující osoby u banky v cizině. Náklady této výplaty platí příjemce dávky. 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).

Pro záznamy OSSZ/PSSZ/MSSZ Brno, nebo jiného příslušného orgánu nemocenského pojištění

1) Není-li rodné číslo přiděleno, uveďte se evidenční číslo pojistěnce, není-li ani jedno, ponechte prázdné.

2) Vyplní zaměstnavatel, pokud ošetřující osoba údaje neuvede.

3) Nemůže-li ošetřovaná osoba psát, učiní namísto podpisu před alespoň dvěma svědky na listině vlastní znamení, ke kterému jeden ze svědků připiše jméno jednajícího (§ 41b odst. 6 zákona č. 187/2006 Sb. ve spojení s § 563 odst. 1 zákona č. 89/2012 Sb.). U nezletilých, kteří nenabýlí plné svéprávnosti, se souhlas s poskytováním dlouhodobé péče nevyžaduje.

4) Hodící se označte x a případně doplňte další údaje.

5) K žádosti přiložte rozpis období, ve kterém budete poskytovat dlouhodobou péči, včetně podepsaného souhlasu ošetřované osoby s tímto rozpisem. V případě že podáváte více žádostí při několika souběžných zaměstnáních, postačí rozpis doložit pouze jednou.

