

<input type="checkbox"/> Nemocenské *)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ošetřovné*)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Peněžitá pomoc v mateřství *)	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Dlouhodobé ošetřovné*)	<input type="text"/>
		<input type="checkbox"/> Vznik*)	
		<input type="checkbox"/> Trvání*)	
		<input type="checkbox"/> Ukončení**)	
<input type="checkbox"/> Otcovská *)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Vyrovňovací příspěvek v těhotenství a mateřství*)	
Pracoviště ÚSSZ (OSSZ/PSSZ/MSSZ Brno)		<input type="checkbox"/> zahraniční (bez čísla rozhodnutí*)	
<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> opravné podání**)	

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	
Zaměstnán 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 dlouhodobé péče ☐ má ☐ nemá *) zaměstnanec pracovní volno bez náhrady příjmu, včetně rodičovské

dovolené od do

Před vznikem sociální události pojišťenka ☐ 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

Příjmení ošetřované osoby Jméno ošetřované osoby Rodné číslo ošetřované osoby **) Datum narození ošetřované osoby

Vztah ošetřované osoby k zaměstnanci (ošetřující osobě) dle § 41a odst. 4 ZNP

Zaměstnanec (ošetřující osoba) má společnou domácnost s ošetřovanou osobou

☐ ano ☐ ne *)

Zaměstnanec žádá o výplatu dlouhodobého ošetřovného za období

od **do**

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

Dlouhodobou 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 peněžitá pomoc v mateřství nebo má jiná osoba nárok na rodičovský příspěvek na ošetřovanou osobu (dítě) ☐ 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) ZNP, porodila, nebo jí byla nařízena karanténa

☐ ano ☐ ne *)

Zaměstnanec (ošetřující osoba) se bude v péči střídat s dalšími ošetřujícími osobami ☐ ano ☐ ne *)

*) Hodící se označte x.

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

E. Podklady pro výplatu dávky

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

☐ ano ☐ ne*)

Rozvrh doby výkonu zaměstnání/plán směn zaměstnance (ošetřující osoby)

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"/>

Zaměstnanec (ošetřující osoba) v průběhu období, ve kterém poskytoval dlouhodobou péči, vykonával zaměstnání ve 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"/>

Zaměstnanec (ošetřující osoba) v průběhu období, ve kterém poskytoval dlouhodobou péči, čerpal pracovní volno bez náhrady příjmu, na které nastoupil před zahájením poskytování dlouhodobé péče ☐ ano ☐ ne*)

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

Zaměstnanec (ošetřující osoba) opětovně zahájil výkon zaměstnání dne

Poslední den trvání potřeby dlouhodobé péče zaměstnanec (ošetřující osoba) odpracoval hodin

Pracovní doba, která připadala na poslední den trvání potřeby dlouhodobé 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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

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>.