

* 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.

Vyhlásenie 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) Dopĺňujúce údaje (iba pri zahraničnom účte, inak nevypĺňať) 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 dlhodobu nepriaznivom zdravotnom stave dieťaťa alebo ťažkom zdravotnom postihnutí dieťaťa prikladám v prílohe. Dieťaťu nebolo vydané rozhodnutie príslušného úradu práce, sociálnych vecí a rodiny o dlhodobu nepriaznivom zdravotnom stave alebo ťažkom zdravotnom postihnutí, a preto žiadam o posúdenie dlhodobu 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.