

Žiadosť o ošetrovné z dôvodu uzavretia školy, predškolského zariadenia alebo zariadenia sociálnych služieb

A. Poistenec, ktorý si uplatňuje nárok na ošetrovné v prípade potreby osobnej a celodennej starostlivosti o dieťa do dovŕšenia 11. roku veku (10 rokov + 364 dní) alebo dieťaťa do dovŕšenia 18. roku veku (17 rokov + 364 dní) s dlhodobou nepriaznivým zdravotným stavom:

Meno a priezvisko poistenca (povinné pole)

Rodné číslo/dátum narodenia u cudzinca (povinné pole)

Nárok na ošetrovné si uplatňujem z dôvodu poskytovania osobnej a celodennej starostlivosti zdravému dieťaťu do dovŕšenia 11. roku veku alebo dieťaťu do dovŕšenia 18. roku veku s dlhodobou nepriaznivým zdravotným stavom

od do (vrátane)

meno, priezvisko, rodné číslo dieťaťa (u cudzinca dátum narodenia)

ktoré **nemôže navštevovať** školu/predškolské zariadenie/zariadenie soc. služieb, v ktorých sa poskytuje dieťaťu starostlivosť, keďže **boli rozhodnutím príslušných orgánov uzavreté** alebo v nich **bolo nariadené karanténne opatrenie príslušným regionálnym úradom verejného zdravotníctva.**

B. Potvrdenie o uzavretí školy/predškolského zariadenia/zariadenia soc. služieb:

Potvrdzujem, že škola/predškolské zariadenie/zariadenie soc. služieb

Základná škola s materskou školou Rudolfa Dilonga, Hviezdoslavova 823/7, 028 01 Trstená

(názov a adresa školy/predškolského zariadenia/zariadenia soc. služieb)

bolo uzavreté

☒ rozhodnutím príslušného orgánu

☐ bolo v nich nariadené karanténne opatrenie na základe rozhodnutia príslušného regionálneho úradu verejného zdravotníctva

v období od **01.08.2025** do **28.08.2025** (vrátane)*

Dátum: **11.06.2025**

Základná škola
s materskou školou
Rudolfa Dilonga
Hviezdoslavova 823/7, Trstená

Odtlačok pečiatky a podpis
(školy/predškolského zariadenia/zariadenia soc. služieb)

C. Potvrdenie zamestnávateľa:

Zamestnanec naposledy pracoval dňa:

Dátum:

Odtlačok pečiatky a podpis zamestnávateľa

Poučenie:

Časť A vyplní poistenec, ktorý žiada o ošetrovné

Časť B vyplní škola/predškolské zariadenie/zariadenie soc. služieb

Časť C vyplní zamestnávateľ

Informácie o nároku na dávku sú k dispozícii na webovej stránke Sociálnej poisťovne.

* V prípade, ak škola/predškolské zariadenie/zariadenie soc. služieb v čase potvrdenia potreby starostlivosti nedisponujú informáciou dokiaľ 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.

Vyhlasenie 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.