SOCIÁLNA POISŤOVŇA

Oznámenie o zmene skutočností ovplyvňujúcich nárok na ošetrovné z dôvodu uzavretia školy/predškolského zariadenia/zariadenia sociálnych služieb

Týmto formulárom poistenec nahlasuje všetky zmeny, ktoré nastali po podaní žiadosti o ošetrovné z dôvodu uzavretia školy/predškolského zariadenia/zariadenia sociálnych služieb

A. Meno a priezvisko poistenca (povinné pole)

Rodné číslo/dátum narodenia u cudzinca (povinné pole)

Korešpondenčná adresa (ak sa zmenila po podaní žiadosti)

Telefónne číslo (ak sa zmenilo po podaní žiadosti)

.....

Nárok na ošetrovné som si uplatnil od

na dieťa rodné číslo dieťaťa (u cudzinca dátum narodenia)

.....

Oznamujem, že počas prvých štrnástich dní poskytovania starostlivosti som mal nárok na mzdu alebo náhradu mzdy od zamestnávateľa (uveďte názov zamestnávateľa)

v nasledovných dňoch

.....

Oznamujem, že v období prvých štrnástich dní som prerušil/ukončil poskytovanie osobnej a celodennej starostlivosti:

Prerušenie od do (vrátane)

Staral som sa o dieťa do dňa (vrátane)

.....

Oznamujem iné skutočnosti ovplyvňujúce nárok na ošetrovné:

.....

Ak požadujete zmeniť spôsob výplaty dávky, je potrebné zaslať formulár, ktorý nájdete na webovej stránke Sociálnej poisťovne tu:

Žiadosť o výplatu sumy dávky / zmenu miesta výplaty sumy dávky / opätovné vyplatenie sumy dávky

Som si vedomý povinnosti bezodkladne nahlásiť všetky skutočnosti ovplyvňujúce nárok na ošetrovné.

Svojím podpisom potvrdzujem úplnosť a pravdivosť údajov.

Dátum: Podpis poistenca

B. Potvrdenie o ukončení uzavretia školy/predškolského zariadenia/zariadenia soc. služieb:

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

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

bolo uzavreté do (vrátane)*

☐ rozhodnutím príslušného orgánu

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

Odtlačok pečiatky a podpis

Dátum: (školy/predškolského zariadenia/zariadenia soc. služieb)

***** Vyhovujúce označte x.

Časť A vyplní poistenec

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