#

Evidenční štítek

**Žádost o ošetřovné při péči**

**o dítě do 10 let z důvodu uzavření školského/dětského zařízení (školy)**

**A. Potvrzení o uzavření školského/dětského zařízení (školy)**

Správa školského (zvláštního dětského) zařízení, jiného obdobného zařízení pro děti, v jehož péči dítě jinak je, nebo škola,

jejímž je žákem,

příjmení a jméno dítěte (žáka), rodné číslo1)

potvrzuje, že zařízení (škola) bylo uzavřeno od 16.3. 2020 do ODVOLÁNÍ

z nařízení orgánu Ministerstvo zdravotnictví

název orgánu

Důvod uzavření: zakazuje se osobní přítomnost žáků základního vzdělávání nařízením ze dne 10.3. 2020

**osobní přítomnost žáků a studentů na základním, středním a vyšším odborném vzdělávání ve školách a školských zařízeních podle zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů,**

**osobní přítomnost žáků a studentů na základním, středním a vyšším odborném vzdělávání ve školách a školských zařízeních podle zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů,**

**osobní přítomnost žáků a studentů na základním, středním a vyšším odborném vzdělávání ve školách a školských zařízeních podle zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů,**

............................................................................................................................................................................................................

Datum ..16.3. 2020

...................................................................................................................

Razítko zařízení (školy) a podpis

**B. Žádost o ošetřovné** *(vyplní žadatel o dávku)*

Příjmení a jméno zaměstnance: ....................................................................................................................................................................................

Rodné číslo: 1) ................................................................................................................................................................................................................

Bydliště (přesná adresa): ..............................................................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................................................................................................

Rodinný stav: ......................................................................................... ■ žiji – ■ nežiji s druhem / registrovaným partnerem,2)

## mám – ■ nemám v péči dítě ve věku do 16 let, které neukončilo povinnou školní docházku.2)

Žádám o ošetřovné z důvodu péče o dítě ,

## příjmení a jméno dítěte (žáka), rodné číslo1)

které se mnou ve společné domácnosti

* + žije2)
	+ nežije2) a je mým/mou ................................................................................................................................................................................

## rodinný poměr (syn, dcera)

na ošetřované dítě ■ je2) – ■ není2) jiné fyzické osobě poskytována peněžitá pomoc v mateřství nebo má nárok na rodičovský příspěvek O výše uvedené dítě jsem osobně pečoval/a ve dnech .............................................................................................................................................

## Prohlašuji, že výše uvedené údaje jsou pravdivé, že nárok na ošetřovné za tuto dobu neuplatňuje jiný oprávněný a jsem si vědom(a), že

jsem povinen(a) oznámit a prokázat všechny skutečnosti rozhodné pro nárok na tuto dávku, její výši a výplatu. Ošetřovné žádám vyplatit následujícím způsobem:

* poukázáním na můj účet č.2): ........................................................................................................... /kód banky ...............................................

další údaje (viz Upozornění) ...................................................................................................................................................................................

* poštovní poukázkou na adresu2): ............................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................................................................

## Péči o dítě v průběhu potřeby ošetřování přebral/a3):

Příjmení a jméno: ...........................................................................................................................................................................................................

Rodné číslo: ....................................................................................................................................................................................................................

Bydliště: ..........................................................................................................................................................................................................................

Název a adresa zaměstnavatele: ...................................................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................................................................................................

Dne ...................................................... ...................................................................................................................

## Datum a podpis zaměstnance, žadatele

1) *Není-li přiděleno rodné číslo, uvede se evidenční číslo pojištěnce nebo datum narození*

**7 8 7 3 6 3 5 3 8 0**

2) *Hodící se označte* x

3) *Vyplní žadatel v případě, že předal péči o dítě další oprávněné osobě*

ČSSZ – 89 628 5

II/2020

**Záznamy zaměstnavatele:**

Zaměstnanec opět nastoupil do zaměstnání dne: ......................................................................................................................................................

Zaměstnanec pracoval v průběhu ošetřování ve dnech (vyplní se jen, pokud spadá do podpůrčí doby): ...........................................................

Název a adresa zaměstnavatele: ...................................................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................................................................................................

Zaměstnanec odpracoval v průběhu podpůrčí doby všechny plánované směny: ano ■ –

ne ■ 2)

...................................................................................................................

Razítko a podpis zaměstnavatele

**Poučení**

Žádost o ošetřovné podávají zaměstnanci u svého zaměstnavatele, který žádost po doplnění údajů předá spolu s podklady pro výplatu dávky příslušné okresní správě sociálního zabezpečení.

Domácnost tvoří fyzické osoby, které spolu trvale žijí a společně uhrazují náklady na své potřeby.

**Upozornění**

Ošetřovné se poukazuje na účet příjemce dávky u peněžního ústavu v České republice. Uveďte též speciﬁcký symbol, je-li k Vašemu číslu účtu přidělen. Na žádost pojištěnce se 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 pojištěnce se ošetřovné vyplácí do ciziny jen na účet pojištěnce u banky v cizině. Náklady této výplaty hradí 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).

#

ČSSZ – 89 628 5