

Potvrzení o trvání/Rozhodnutí o ukončení *) potřeby dlouhodobé péče

(§ 72g písm. f) a § 109 odst. 6 zákona č. 187/2006 Sb.) (*) *nehodící se škrtněte*)

Část A – Vyplňuje ošetřující lékař poskytovatele zdravotních služeb ambulanti péče

1 2 3 4 5 6 7 D

Identifikace ošetřované osoby

Evidenční číslo rozhodnutí o potřebě dlouhodobé péče

Příjmení	Jméno	Datum narození	Rodné číslo ¹⁾
Novák	Jaroslav	21.1948	480921507
Ulice	č.p./č.o.	Obec	PSČ Stát
U pošty	12	Nová Ves	256 09 Česká republika

- Potřeba dlouhodobé péče ke dni dosud trvá.²⁾
- Potřeba dlouhodobé péče dne skončila.²⁾

 Potřeba dlouhodobé péče byla ukončena rozhodnutím OSSZ (služebního orgánu) ze dne

 Ošetřovaná osoba byla v průběhu potvrzovaného období hospitalizována ³⁾ (nepovinný údaj) Ano Ne

od <input type="text" value="3.8.2018"/> do <input type="text" value="9.8.2018"/>	od <input type="text"/> do <input type="text"/>
od <input type="text"/> do <input type="text"/>	od <input type="text"/> do <input type="text"/>

Datum

01	MUDr. Pavel Zdravý
315	PRAKTICKÝ LÉKAŘ
256	Kojetická, NERATOVICE

Razítko poskytovatele zdravotních služeb ambulanti péče, jmenovka a podpis ošetřujícího lékaře

Část B – Vyplňuje ošetřující osoba

Identifikace ošetřující osoby

Příjmení	Jméno	Datum narození	Rodné číslo ¹⁾
Novák	Jan	15.8.1971	7108153215
Ulice	č.p./č.o.	Obec	PSČ Stát
Za kostelem	15	Vtelnno	275 26 Česká republika

Vztah ošetřující osoby k ošetřované osobě dle § 41a odst. 3 zákona č. 187/2006 Sb.

 Dlouhodobou péči jsem v rámci potvrzovaného období, tj. od data uvedeného v předchozím potvrzení o trvání potřeby dlouhodobé péče, při vydání prvního potvrzení v období od začátku poskytování dlouhodobé péče, do data uvedeného v Části A, osobně poskytoval(a) ve dnech ³⁾

od <input type="text" value="30.7.2018"/> do <input type="text" value="3.8.2018"/>	od <input type="text"/> do <input type="text"/>
od <input type="text" value="9.8.2018"/> do <input type="text" value="27.8.2018"/>	od <input type="text"/> do <input type="text"/>

 Ve výše uvedených dnech jsem současně **nevykonával(a)** zaměstnání/osobně samostatnou výdělečnou činnost.

³⁾ Za den poskytování dlouhodobé péče se považuje též první a poslední den trvání hospitalizace ošetřované osoby v průběhu potvrzovaného období.


 Na ošetřovanou osobu, která je dítětem, je jiné fyzické osobě poskytována peněžité pomoc v mateřství nebo má jiná osoba nárok na rodičovský příspěvek na ošetřovanou osobu (dítě) ³⁾
 Ano Ne

 Jiná fyzická osoba, které je poskytována peněžité 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) zákona č. 187/2006 Sb., porodila nebo jí byla nařízena karanténa ^{3),4)}
 Ano Ne

Prohlašuji, že údaje mnou uvedené jsou pravdivé, a že ohlásím všechny rozhodné skutečnosti, které by měly vliv na výplatu dávky nebo zánik nároku na dávku (vystřídnání se v péči, nástup do zaměstnání, osobní výkon samostatné výdělečné činnosti, odvolání souhlasu ošetřovanou osobou, hospitalizace ošetřované osoby apod.), a to do 8 dnů ode dne, kdy jsem se o těchto skutečnostech dozvěděl(a).

Jsem si vědom(a), že jsem povinen(a) vrátit částky, které bych neprávem přijal(a).
Datum 

5 6 2 4 6 0 3 9 2 7



Podpis ošetřující osoby

Část C – Záznamy zaměstnavatele

1 2 3 4 5 6 7 D

Identifikace zaměstnavatele

Evidenční číslo rozhodnutí o potřebě dlouhodobé péče

Název

IČ / Rodné číslo

Halíř Metal Industry, a.s.

254 56 231

Ulice

č.p./č.o.

Obec

PSČ

Stát

Ocelová

15

Kladno

275 26

Česká republika

Ošetřující osoba měla v průběhu období, ve kterém poskytovala dlouhodobou péči, vykonávat zaměstnání/naplánované směny ³⁾ Ano Ne

Rozvrh doby výkonu zaměstnání/plán směn

od 31.7.2018

do 4.8.2018

od 20.8.2018

do 23.8.2018

od 6.8.2018

do 9.8.2018

od

do

od 14.8.2018

do 18.8.2018

od

do

Ošetřující osoba v průběhu období, ve kterém poskytovala dlouhodobou péči, vykonávala zaměstnání ve dnech

od 6.8.2018

do 9.8.2018

od

do

od

do

od

do

Ošetřující osoba v průběhu období, ve kterém poskytovala dlouhodobou péči, odpracovala všechny naplánované směny ³⁾ Ano NeOšetřující osoba v průběhu období, ve kterém poskytovala dlouhodobou péči, čerpala pracovní volno bez náhrady příjmu, na které nastoupila před zahájením poskytování dlouhodobé péče ³⁾ Ano Ne

od

do

od

do

od

do

od

do

Ošetřující osoba opětovně zahájila výkon zaměstnání dne ⁵⁾ 27.8.2018

Poslední den trvání potřeby dlouhodobé péče ošetřující osoba odpracovala 2,5 hodin.

Pracovní doba, která připadala na poslední den trvání potřeby dlouhodobé péče podle rozvrhu směn ošetřující

osoby, činila 7,5 hodin. ⁵⁾

Datum 31.8.2018

Halíř Metal Industry, a.s.
IČ 254 56 231
Ocelová 15, KLADNO

Razítko a podpis zaměstnavatele

Poučení

Je-li uveden den skončení potřeby dlouhodobé péče, je tento tiskopis rozhodnutím. Nesouhlasí-li ošetřovaná osoba nebo ošetřující osoba (pojištěnec) s rozhodnutím ošetřujícího lékaře (poskytovatele zdravotních služeb) o ukončení potřeby dlouhodobé péče, může podat do tří pracovních dnů ode dne doručení rozhodnutí návrh na jeho přezkoumání ošetřujícímu lékaři (poskytovateli zdravotních služeb), který rozhodnutí vydal. Pokud ošetřující lékař (poskytovatel zdravotních služeb) návrhu na přezkoumání rozhodnutí nevyhoví v plném rozsahu, postoupí do pěti pracovních dnů spis s návrhem na přezkoumání příslušnému krajskému úřadu, který udělil oprávnění k poskytování zdravotních služeb (§ 49 zákona č. 373/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů). Návrh na přezkoumání nemá odkladný účinek.

Byla-li potřeba dlouhodobé péče ukončena rozhodnutím okresní správy sociálního zabezpečení (služebním orgánem) a ošetřovaná osoba nebo ošetřující osoba (pojištěnec) s ukončením potřeby dlouhodobé péče nesouhlasí, může podat do tří dnů ode dne doručení rozhodnutí odvolání k orgánu nemocenského pojištění, který rozhodnutí vydal (§ 154 odst. 1 zákona č. 187/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů). Podané odvolání nemá odkladný účinek dle ustanovení § 152 písm. a) zákona č. 187/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Potvrzení o trvání/Rozhodnutí o skončení potřeby dlouhodobé péče předkládají zaměstnanci po vyplnění Části B svému zaměstnavateli, který ji po vyplnění Části C předá příslušné okresní správě sociálního zabezpečení nebo jinému příslušnému orgánu nemocenského pojištění. Osoby dobrovolně nemocensky pojištěné předají tuto žádost příslušné okresní správě sociálního zabezpečení.

Pro účely výplaty dávky dlouhodobého ošetřovného se dny, v nichž bylo vykonáváno jakékoliv zaměstnání i jen po část směny, nebo byla vykonávána samostatná výdělečná činnost, považují za dny, v nichž nebyla poskytována dlouhodobá péče.

¹⁾ Nemá-li přiděleno rodné číslo, uvede se evidenční číslo pojištěnce, není-li ani jedno přiděleno, ponechte prázdné.

²⁾ Označte, zda je potvrzováno trvání nebo skončení potřeby dlouhodobé péče a vyplňte datum trvání nebo skončení.

³⁾ Hodící se označte **x** a případně doplňte další údaje.

⁴⁾ Vyplní se pouze v případě, že je na ošetřovanou osobu, která je dítětem, pobírána peněžitá pomoc v mateřství nebo rodičovský příspěvek. Situacemi dle ust. § 57 odst. 1 písm. b) nebo c) zákona č. 187/2006 Sb. se rozumí, že osoba byla přijata k poskytnutí lůžkové péče nebo na základě veřejného zdravotního pojištění jí byla poskytnuta komplexní lázeňská péče nebo tato osoba byla přijata do zdravotnického zařízení jako průvodce nezletilého dítěte přijatého k poskytnutí lůžkové péče.

⁵⁾ Vyplní se jen v případě, že se jedná o Rozhodnutí o ukončení potřeby dlouhodobé péče a v poslední den trvání potřeby dlouhodobé péče tuto péči poskytovala uvedená ošetřující osoba.