|  |
| --- |
| **Hlášení o dnech, ve kterých byla dlouhodobá péče poskytována** |
| **Dlouhodobou péči budu poskytovat ode dne:**       |  | **Ošetřovaná osoba (osoba o kterou je nutno pečovat)** |
| V péči se budu střídat s dalšími ošetřujícími osobami [ ]  | Příjmení: Jméno:Datum narození:Rodné číslo: |                      |
| **Číslo rozhodnutí o potřebě dlouhodobé péče** |
| Číslo rozhodnutí o potřebě dlouhodobé péče:       |
| **Datum vzniku a ukončení (případně trvání) potřeby dlouhodobé péče podle rozhodnutí ošetřujícího lékaře** |
| Vznik:       | Trvání:       | Ukončení:       |
| **Identifikace zaměstnance** |
| Jméno:Příjmení:Rodné číslo:Datum narození: Telefon:E-mail: |                                |
| **Sdělení zaměstnance o průběhu poskytování péče:** |
| [ ]  Dlouhodobou péči jsem osobně poskytoval po celou dobu nepřítomnosti v zaměstnání[ ]  Dlouhodobou péči jsem osobně poskytoval v těchto dnech:od       do       od       do       od       do       od       do       od       do       od       do        |
| **Žádám o výplatu ošetřovného za období:**od       do       |
| **Další sdělení zaměstnance:** |
| Žiji ve společné domácnosti s ošetřovanou osobou: |
| [ ]  Ano | [ ]  Ne |  |
| *Domácností se rozumí společenství fyzických osob, které spolu trvale žijí a společně uhrazují náklady na své potřeby. V případě svěření dítěte soudem do společné nebo do střídavé péče obou rodičů se za domácnost považuje domácnost každého z těchto rodičů.*  |
| Pobírá na ošetřovanou osobu, která je dítětem, jiná fyzická osoba peněžitou pomoc v mateřství nebo má nárok na rodičovský příspěvek: |
| [ ]  Ano | [ ]  Ne |  |
| Jiná fyzická osoba, které je poskytována peněžitá 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) ZNP, porodila nebo jí byla nařízena karanténa: |
| [ ]  Ano | [ ]  Ne |  |
| Vztah k ošetřované osobě dle § 41a odst. 4 ZNP:       |
| **Datum a místo vyplnění** |
| V Olomouci dne       | Podpis zaměstnance |