|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | | | | |