Evidenční štítek

ČSSZ

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 ambulantní péče

Evidenční číslo rozhodnutí o potřebě dlouhodobé péče

Identifikace ošetřované osoby

Příjmení	Jméno	Datum narození	Rodné číslo [1]

Ulice	č.p./č.o.	Obec	PSČ	Stát

☐ **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 ☐ do ☐ od ☐ do ☐

od ☐ do ☐ od ☐ do ☐

Datum ☐

.....

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

Část B – Vyplňuje ošetřující osoba

Identifikace ošetřující osoby

Příjmení	Jméno	Datum narození	Rodné číslo [1]

Ulice	č.p./č.o.	Obec	PSČ	Stát

Vztah ošetřující osoby k ošetřované osobě dle § 41a odst. 4 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 *)

od ☐ do ☐ od ☐ do ☐

od ☐ do ☐ od ☐ do ☐

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

*) *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 peněžitá pomoc v mateřství nebo má jiná osoba nárok na rodičovský příspěvek na ošetřovanou osobu (dítě) [3]

☐ 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) 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 (vystřídání 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 ☐

.....

Podpis ošetřující osoby

4 0 1 3 5 7 2 8 0 0

ČSSZ – 89 634 1
IV/2018

Část C – Záznamy zaměstnavatele

Identifikace zaměstnavatele

Evidenční číslo rozhodnutí o potřebě dlouhodobé péče

Název | IČ / Rodné číslo

Ulice | č.p./č.o. | Obec | PSČ | Stát

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 ____ do ____ od ____ do ____

od ____ do ____ od ____ do ____

od ____ do ____ od ____ do ____

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

od ____ do ____ od ____ do ____

od ____ do ____ od ____ do ____

Ošetřující osoba v průběhu období, ve kterém poskytovala dlouhodobou péči, odpracovala všechny naplánované směny [3]

☐ Ano ☐ Ne

Ošetřující 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]** ____

Poslední den trvání potřeby dlouhodobé péče ošetřující osoba odpracovala _____ hodin.

Pracovní doba, která připadala na poslední den trvání potřeby dlouhodobé péče podle rozvrhu směn ošetřující osoby, činila _____ hodin. **[5]**

Datum ____

.....

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] Není-li přiděleno rodné číslo, uvede se evidenční číslo pojištěnce, není-li ani jedno přiděleno, ponechte prázdné.

[2] Označte, zda je potvrzováno trvání anebo skončení potřeby dlouhodobé péče a vyplňte datum trvání anebo 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 anebo 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.**