

Dátum doručenia zamestnávateľovi.....

POTVRDENIE O DOČASNEJ PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI

S 484080

Ia. Žiadosť o náhradu príjmu pri dočasnej pracovnej neschopnosti zamestnanca

Pred podaním žiadosti je zamestnanec povinný podpísať vyhlásenie na druhej strane potvrdenia.
Zamestnanec odovzdá toto potvrdenie svojmu zamestnávateľovi.

Vyplní oprávnený lekár.	Meno a priezvisko KUTTELWASCHEROVÁ Lucia		Rodné číslo 805817/8458		
	Adresa trvalého/prechodného pobytu Puškinova 2188/20, Žilina 010 01				
	Presná adresa, kde sa bude poistenec zdržiavať v čase dočasnej pracovnej neschopnosti, vrátane poschodia, telefónne číslo				
	Názov a adresa zamestnávateľa (ak ide o zamestnanca) Sportsware s.r.o., Bratislava,				
Vyplní zamestnávateľ.	Poistný vzťah Zamestnanec <input checked="" type="checkbox"/>		Uznanie dočasnej pracovnej neschopnosti na základe § 12a odseku ¹⁾ : <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10, 11 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15		
	Choroba <input checked="" type="checkbox"/> Karanténne opatrenie <input type="checkbox"/> Úraz <input type="checkbox"/> Choroba z povolania <input type="checkbox"/>		Neschopný práce od 05.03.2020 Dátum vzniku choroby/úrazu ²⁾		
	Pracovný úraz <input type="checkbox"/> Úraz zav. inou osobou <input type="checkbox"/> Požitie alkoholu alebo zneužitie iných návykových látok <input type="checkbox"/>				
	Vystavené dňa..... 05.03.2020				
<table border="1"> <tr> <td>MUDr. Lívia Valachová, s.r.o. V. Spányola 43 010 01 Žilina</td> <td>P54601020201 MUDr. Lívia Valachová všeobecný lekár A63104020 1</td> </tr> </table>		MUDr. Lívia Valachová, s.r.o. V. Spányola 43 010 01 Žilina	P54601020201 MUDr. Lívia Valachová všeobecný lekár A63104020 1	Odtlačok pečiatky a podpis oprávneného lekára	
MUDr. Lívia Valachová, s.r.o. V. Spányola 43 010 01 Žilina	P54601020201 MUDr. Lívia Valachová všeobecný lekár A63104020 1				
Záznamy zamestnávateľa (ak ide o zamestnanca)					
Zamestnanec/zamestnankyňa pred vznikom dočasnej pracovnej neschopnosti naposledy pracoval/a					
Podľa potvrdenia oprávneného lekára zamestnanec je schopný práce dňom					
Zamestnanec nastúpil do zamestnania dňa					
Dátum, odtlačok pečiatky a podpis zamestnávateľa					

Poznámky Vyhovujúce označte x.

1) Číslo odseku § 12a zákona č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov, podľa ktorého bolo tlačivo vystavené (v zmysle informácií pre ošetrojúceho lekára uvedených na zadnej strane IV. dielu tohto tlačiva) označte x.
2) Vypíšte v prípade, ak sa dátum vzniku choroby/úrazu nezhoduje s dátumom vzniku práceneschopnosti poistenca.

Vypíšte tlačným písmom.

pracovnej neschopnosti. Zamestnanec, uplatňujúci si nárok na nemocenské z ochrannej lehoty, má nárok na nemocenské od prvého dňa dočasnej pracovnej neschopnosti. Zamestnanec, ktorého poistenie zaniklo v období dočasnej pracovnej neschopnosti, v ktorom má nárok na náhradu príjmu pri dočasnej pracovnej neschopnosti zamestnanca, má nárok na nemocenské odo dňa nasledujúceho po dni zániku nemocenského poistenia. Nárok na nemocenské si zamestnanec uplatňuje predložením II. dielu potvrdenia pobočky Sociálnej poisťovne prostredníctvom svojho zamestnávateľa.
 2. Zamestnanec, ktorému vznikla dočasná pracovná neschopnosť z dôvodu pracovného úrazu alebo choroby z povolania, má nárok na úrazový príplatok od prvého dňa dočasnej pracovnej neschopnosti. Zamestnanec si uplatňuje nárok na úrazový príplatok predložením II. dielu potvrdenia pobočky Sociálnej poisťovne, ktorá vykonáva jeho úrazové poistenie.

VYHLÁSENIE ZAMESTNANCA

Som si vedomý, že som povinný preukázať všetky skutočnosti rozhodujúce na vznik, trvanie a zánik nároku na náhradu príjmu pri dočasnej pracovnej neschopnosti zamestnanca, nároku na jej výplatu a jej sumu.

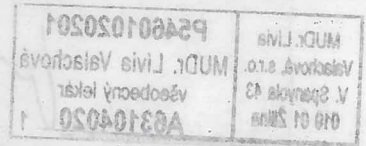
Dátum 5.3.2020

[Signature]
 Podpis zamestnanca

Záznamy platiteľa náhrady príjmu pri dočasnej pracovnej neschopnosti zamestnanca

Denný vymeriavací základ (§ 55 zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení) _____
 Začiatok dočasnej pracovnej neschopnosti _____
 Skončenie dočasnej pracovnej neschopnosti _____
 Zníženie sumy náhrady príjmu pri dočasnej pracovnej neschopnosti áno nie
 Porušenie liečebného režimu od _____
 Poznámka _____

Od - do	Počet dní DPN	Suma náhrady príjmu pri DPN	Znížená suma náhrady príjmu pri DPN	Dátum a podpis zamestnávateľa
...%				
55%				
Spolu				



Dátum, odkiaľ pečiatka a podpis zamestnávateľa _____
 Zamestnanec nastúpil do zamestnania dňa _____
 Podľa potvrdenia ošetrovateľného lekára zamestnanec je schopný práce _____
 naposledy pracovať _____
 Zamestnanec zamestnávateľa (ak ide o zamestnanca) _____

Poznámky Všetky údaje sú správne a pravdivé. Niektoré údaje sú nepravdivé a nesprávne. Niektoré údaje sú nepravdivé a nesprávne, ale zamestnanec si ich uvedomuje a akceptuje. Niektoré údaje sú nepravdivé a nesprávne, ale zamestnanec si ich uvedomuje a akceptuje, avšak z dôvodu zdravotných dôvodov nemôže poskytnúť presné údaje. Niektoré údaje sú nepravdivé a nesprávne, ale zamestnanec si ich uvedomuje a akceptuje, avšak z dôvodu zdravotných dôvodov nemôže poskytnúť presné údaje, ktoré sú potrebné na výpočet náhrady príjmu.

Dátum doručenia a) zamestnávateľovi
 b) pobočke Sociálnej poisťovne

POTVRDENIE O DOČASNEJ PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI

S **484080**

IV. Hlásenie zamestnávateľovi a pobočke Sociálnej poisťovne o skončení dočasnej pracovnej neschopnosti

Pred odovzdaním potvrdenia je poistenec povinný vypísať a podpísať vyhlásenie na druhej strane tohto potvrdenia. Poistenec odovzdá toto potvrdenie ihneď po skončení dočasnej pracovnej neschopnosti pobočke Sociálnej poisťovne, ktorá vykonáva jeho nemocenské/úrazové poistenie. Zamestnanec dá potvrdiť toto potvrdenie svojmu zamestnávateľovi (pozri informácie pre poistenca). Bez predloženia tohto potvrdenia nebude vyplatená dávka za posledný kalendárny mesiac dočasnej pracovnej neschopnosti.

Vyplní oprávnený lekár.	Meno a priezvisko KUTTELWASCHEROVÁ Lucia		Rodné číslo 805817/8458								
	Adresa trvalého/prechodného pobytu Fuškinova 2188/20, Žilina 010 01										
	Presná adresa, kde sa bude poistenec zdržiavať v čase dočasnej pracovnej neschopnosti, vrátane poschodia, telefónne číslo										
	Názov a adresa zamestnávateľa (ak ide o zamestnanca) Sportsware s.r.o., Bratislava,										
	Poistný vzťah		Znanie dočasnej pracovnej neschopnosti na základe § 12a ods. 1):								
	1. Zamestnanec <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10, 11 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15								
	2. Povinne nemocensky poistená samostatne zárobkovo činná osoba <input type="checkbox"/>		Neschopný práce od 05.03.2020								
	3. Dobrovoľne nemocensky poistená osoba <input type="checkbox"/>		Dátum vzniku choroby/úrazu²⁾								
	Choroba <input checked="" type="checkbox"/>	Karanténne opatrenie <input type="checkbox"/>	Úraz <input type="checkbox"/>	Choroba z povolania <input type="checkbox"/>							
	Pracovný úraz <input type="checkbox"/>	Úraz zav. inou osobou <input type="checkbox"/>	Požitie alkoholu alebo zneužitie iných návykových látok <input type="checkbox"/>								
J 04.1											
Vystavené dňa..... 05.03.2020		Schopný práce od 10.3.2020									
<table border="1"> <tr> <td>MUDr. Lívia Valachová, s.r.o. V. Španyola 43 010 01 Žilina</td> <td>P54601020201</td> </tr> <tr> <td>MUDr. Lívia Valachová všeobecný lekár</td> <td>A63104020 1</td> </tr> </table>		MUDr. Lívia Valachová, s.r.o. V. Španyola 43 010 01 Žilina	P54601020201	MUDr. Lívia Valachová všeobecný lekár	A63104020 1	<table border="1"> <tr> <td>MUDr. Lívia Valachová, s.r.o. V. Španyola 43 010 01 Žilina</td> <td>P54601020201</td> </tr> <tr> <td>MUDr. Lívia Valachová všeobecný lekár</td> <td>A63104020 1</td> </tr> </table>		MUDr. Lívia Valachová, s.r.o. V. Španyola 43 010 01 Žilina	P54601020201	MUDr. Lívia Valachová všeobecný lekár	A63104020 1
MUDr. Lívia Valachová, s.r.o. V. Španyola 43 010 01 Žilina	P54601020201										
MUDr. Lívia Valachová všeobecný lekár	A63104020 1										
MUDr. Lívia Valachová, s.r.o. V. Španyola 43 010 01 Žilina	P54601020201										
MUDr. Lívia Valachová všeobecný lekár	A63104020 1										
Odtlačok pečiatky a podpis oprávneného lekára		Dátum, odtlačok pečiatky a podpis oprávneného lekára									
Vyplní zamestnávateľ.	Potvrdenie zamestnávateľa (ak ide o zamestnanca)										
	Do zamestnania nastúpil/a dňa										
Dátum, odtlačok pečiatky a podpis zamestnávateľa											

Poznámky Vyhovujúce označte x.
 1) Číslo odseku § 12a zákona č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov, podľa ktorého bolo tlačivo vystavené (v zmysle informácií pre ošetrujúceho lekára uvedených na zadnej strane IV. dielu tohto tlačiva) označte x.
 2) Vypíšte v prípade, ak sa dátum vzniku choroby/úrazu nezhoduje s dátumom vzniku práceneschopnosti poistenca. Vypíšte tlačítkom.

Informácie pre ošetrujúceho lekára

§ 12a odsek 1 zákona: Dočasnú pracovnú neschopnosť osoby posudzuje a rozhoduje o nej príslušný ošetrujúci lekár, ktorým je **všeobecný lekár, lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodníctvo** (lekár ambulancie zdravotnej starostlivosti) a **lekár zdravotníckeho zariadenia ústavnej starostlivosti** určený poskytovateľom zdravotnej starostlivosti.

§ 12a odsek 3 zákona: Dočasná pracovná neschopnosť sa začína dňom, v ktorom príslušný ošetrujúci lekár zistil chorobu, ktorá vyžaduje dočasnú pracovnú neschopnosť. Ak sa zdravotná starostlivosť poskytne zamestnancovi po odpracovaní jeho pracovnej zmeny, dočasná pracovná neschopnosť sa začína nasledujúcim kalendárnym dňom.

§ 12a odsek 4 zákona: Príslušný ošetrujúci lekár môže uznať osobu za dočasne práceneschopnú späťne **najviac tri kalendárne dni** na základe lekárskeho nálezu lekárskej služby prvej pomoci alebo ústavnej pohotovostnej služby, ak nie je ustanovené inak.

§ 12a odsek 9 zákona: Ak sa po ukončení dočasnej pracovnej neschopnosti zdravotný stav osoby zhorší, príslušný ošetrujúci lekár vystaví nové potvrdenie o dočasnej pracovnej neschopnosti, na ktorom vyznačí údaj "pokračovanie dočasnej pracovnej neschopnosti". Príslušný ošetrujúci lekár vystaví nové potvrdenie o dočasnej pracovnej neschopnosti odo dňa, ktorý je uvedený ako deň pracovnej schopnosti osoby na predchádzajúcom potvrdení o dočasnej pracovnej neschopnosti. Nové potvrdenie o dočasnej pracovnej neschopnosti možno vystaviť najneskôr v deň, ktorý je uvedený ako deň pracovnej schopnosti osoby na predchádzajúcom potvrdení o dočasnej pracovnej neschopnosti.

§ 12a odsek 10 zákona: Dočasnú pracovnú neschopnosť osoby, ktorá má schválenú žiadosť o udelenie súhlasu podľa osobitného zákona na plánovanú ústavnú starostlivosť, ktorá sa má poskytnúť v cudzine, potvrdzuje ošetrujúci lekár ambulancie zdravotnej starostlivosti. Tento vystaví osobe potvrdenie o dočasnej pracovnej neschopnosti, ak preukáže deň nástupu do zdravotníckeho zariadenia v cudzine, v ktorom sa má plánovaná starostlivosť poskytnúť, pred dňom nástupu.

§ 12a odsek 11 zákona: Dočasnú pracovnú neschopnosť osoby, ktorej sa má poskytnúť ústavná starostlivosť v inom členskom štáte Európskej únie podľa osobitného zákona, potvrdzuje ošetrujúci lekár ambulancie zdravotnej starostlivosti. Tento vystaví osobe potvrdenie o dočasnej pracovnej neschopnosti, ak preukáže deň nástupu do zdravotníckeho zariadenia v inom členskom štáte Európskej únie, v ktorom sa má ústavná starostlivosť poskytnúť, pred dňom nástupu.

§ 12a odsek 14 zákona: Dočasnú pracovnú neschopnosť osoby, ktorej sa poskytla neodkladná starostlivosť spojená s hospitalizáciou v cudzine, potvrdzuje, ak nie je ustanovené inak, ošetrujúci lekár ambulancie zdravotnej starostlivosti, ak mu osoba predložila prepúšťacu správu do troch dní odo dňa ukončenia hospitalizácie v cudzine. Tento vystaví potvrdenie o dočasnej pracovnej neschopnosti späťne, pričom dátum začiatku dočasnej pracovnej neschopnosti určí podľa prepúšťacej správy. Ak zdravotný stav osoby nevyžaduje ďalšiu dočasnú pracovnú neschopnosť, ošetrujúci lekár ambulancie zdravotnej starostlivosti na potvrdení o dočasnej pracovnej neschopnosti uvedie aj dátum ukončenia dočasnej pracovnej neschopnosti podľa prepúšťacej správy.

§ 12a odsek 15 zákona: Ak na poskytnutú neodkladnú starostlivosť v cudzine nadväzuje ústavná starostlivosť v Slovenskej republike, dočasnú pracovnú neschopnosť osoby potvrdzuje lekár zdravotníckeho zariadenia ústavnej starostlivosti. Tento vystaví potvrdenie o dočasnej pracovnej neschopnosti späťne, pričom dátum začiatku dočasnej pracovnej neschopnosti určí podľa prepúšťacej správy.

Informácie pre poisťenca

1. Zamestnanec predloží toto potvrdenie zamestnávateľovi, ktorý vyznačí deň nástupu do zamestnania. V prípade, ak dočasná pracovná neschopnosť zamestnanca trvala viac ako 10 kalendárných dní, zamestnávateľ na II. diele potvrdenia v časti "Záznamy zamestnávateľa" vyznačí, od ktorého dňa je zamestnanec práceschopný a potvrdený IV. diel vráti zamestnancovi, ktorý ho predloží pobočke Sociálnej poisťovne, ktorá vykonáva jeho nemocenské/úrazové poistenie.

2. Ak vznikla dočasná pracovná neschopnosť zamestnanca v dôsledku pracovného úrazu alebo choroby z povolania a zamestnanec si uplatnil nárok na úrazový príplatok, po skončení dočasnej pracovnej neschopnosti, ktorá trvala najviac 10 kalendárných dní, predkladá zamestnanec toto potvrdenie pobočke Sociálnej poisťovne, ktorá vykonáva jeho úrazové poistenie, po predchádzajúcom potvrdení zamestnávateľom. Zamestnávateľ na účely výplaty náhrady príjmu pri dočasnej pracovnej neschopnosti vyznačí na II. diele potvrdenia v časti "Záznamy zamestnávateľa", od ktorého dňa je zamestnanec práceschopný.

3. Po skončení dočasnej pracovnej neschopnosti poisťenec odovzdá ošetrujúcemu lekárovi I. diel potvrdenia o dočasnej pracovnej neschopnosti „A) Legitímacia dočasne práceneschopného poisťenca“. Ošetrujúci lekár následne vyplní údaj „Schopný práce od“ na tomto potvrdení a odovzdá ho poisťencovi.

4. Poisťenec a poberateľ nemocenského je povinný oznámiť Sociálnej poisťovni skončenie dočasnej pracovnej neschopnosti do troch kalendárných dní odo dňa skončenia dočasnej pracovnej neschopnosti, ak dočasná pracovná neschopnosť trvala viac ako 10 dní.

VYHLÁSENIE POISŤENCA

Vyhlasujem, že som nezatajil žiadnu rozhodujúcu skutočnosť na priznanie a výplatu náhrady príjmu pri dočasnej pracovnej neschopnosti zamestnanca, nemocenského, úrazového príplatku.

Dátum 09-3-2020

.....
Podpis poisťenca

Datum, odlašok pečiatky a podpis zamestnávateľa

SPU 391 INŠO18

Dátum doručenia pobočky Sociálnej poisťovne

POTVRDENIE O DOČASNEJ PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI

S 484080

II. Žiadosť o nemocenské
o úrazový príplatok

Pred podaním žiadosti je poistenec povinný vyznačiť, o ktorú dávku žiada a vyplniť a podpísať vyhlásenie na druhej strane potvrdenia. Povinne nemocensky poistená samostatne zárobkovo činná osoba, dobrovoľne nemocensky poistená osoba a zamestnanec v ochrannnej lehote, uplatňujúci si nárok na nemocenské/úrazový príplatok odovzdajú toto potvrdenie hneď po jeho vystavení pobočke Sociálnej poisťovne, ktorá vykonáva ich nemocenské/úrazové poistenie.

Zamestnanec odovzdá toto potvrdenie pobočke Sociálnej poisťovne iba v prípade, ak dočasná pracovná neschopnosť trvá viac ako 10 kalendárnych dní a to prostredníctvom svojho zamestnávateľa, s výnimkou zamestnanca uplatňujúceho si nárok na úrazový príplatok, ktorý odovzdá toto potvrdenie prostredníctvom svojho zamestnávateľa hneď po jeho vystavení pobočke Sociálnej poisťovne, ktorá vykonáva jeho úrazové poistenie.

Meno a priezvisko KUTTELWASCHEROVÁ Lucia		Rodné číslo 805817/8458		
Adresa trvalého/prechodného pobytu Puškinova 2188/20, Žilina 010 01				
Presná adresa, kde sa bude poistenec zdržiavať v čase dočasnej pracovnej neschopnosti, vrátane poschodia, telefónne číslo				
Názov a adresa zamestnávateľa (ak ide o zamestnanca) Sportsware s.r.o., Bratislava.				
Vyplní oprávnený lekár.	Poistný vzťah	Uznanie dočasnej pracovnej neschopnosti na základe § 12a odsek ¹⁾ :		
	1. Zamestnanec <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10, 11 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15		
	2. Povinne nemocensky poistená samostatne zárobkovo činná osoba <input type="checkbox"/>	Neschopný práce od 05.03.2020 dátum vzniku choroby/úrazu ²⁾		
	3. Dobrovoľne nemocensky poistená osoba <input type="checkbox"/>	Choroba <input checked="" type="checkbox"/> Karaténne opatrenie <input type="checkbox"/> Úraz <input type="checkbox"/> Choroba z povolenia <input type="checkbox"/> Pracovný úraz <input type="checkbox"/> Úraz zav. inou osobou <input type="checkbox"/> Požitie alkoholu alebo zneužitie iných návykových látok <input type="checkbox"/>		
Vystavené dňa J 04.1 05.03.2020		Meno a adresa všeobecného lekára, s ktorým má poistenec uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti ³⁾		
<table border="1"> <tr> <td>MUDr. Lívia Valachová, s.r.o. V. Spányola 43 010 01 Žilina</td> <td>P54601020201 MUDr. Lívia Valachová všeobecný lekár A63104020</td> </tr> </table>		MUDr. Lívia Valachová, s.r.o. V. Spányola 43 010 01 Žilina	P54601020201 MUDr. Lívia Valachová všeobecný lekár A63104020	
MUDr. Lívia Valachová, s.r.o. V. Spányola 43 010 01 Žilina	P54601020201 MUDr. Lívia Valachová všeobecný lekár A63104020			
Potvrdenie zamestnávateľa (ak ide o zamestnanca) 1. Zamestnanec má nárok na náhradu príjmu pri dočasnej pracovnej neschopnosti zamestnanca za obdobie od do 2. Zamestnanec nemá nárok na náhradu príjmu pri dočasnej pracovnej neschopnosti zamestnanca z dôvodu porušenia liečebného režimu od 3. Zamestnanec má nárok na náhradu príjmu pri dočasnej pracovnej neschopnosti zamestnanca vo výške polovice z dôvodu, že sa stal dočasne práceneschopným v dôsledku stavu, ktorý si privodil sám požitím alkoholu alebo v dôsledku zneužitia iných návykových látok od 4. Zamestnanec pred vznikom dočasnej pracovnej neschopnosti naposledy pracoval..... Dátum, odtlačok pečiatky a podpis zamestnávateľa				

Poznámky Vyhovujúce označte x.

- 1) Číslo odseku § 12a zákona č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov, podľa ktorého bolo tlačivo vystavené (v zmysle informácií pre ošetrojúceho lekára uvedených na zadnej strane (IV. dielu tohto tlačiva) označte x.
- 2) Vyplňte v prípade, ak sa dátum vzniku choroby/úrazu nezhoduje s dátumom vzniku práceneschopnosti poistenca.
- 3) Vyplňte v prípade vystavenia tlačiva počas ústavnej starostlivosti poistenca.

Vyplňte tlačivom písmom.

