

Žádost o nemocenskou dávku OSVČ (osoby dobrovolně nemocensky pojištěné)



Peněžité pomoci v mateřství *)

Otcovská *)

Číslo rozhodnutí (identifikátor)

 Ošetřovné*)

 Dlouhodobé ošetřovné*)

Číslo rozhodnutí (identifikátor)

Pracoviště ÚSSZ (OSSZ/PSSZ/MSSZ Brno)

 zahraniční (bez čísla rozhodnutí*)

 opravné podání*)

A. Základní identifikace o pojištěnci

Příjmení	Jméno	Rodné číslo **)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

B. Žádost o dávku

Na peněžitou pomoc v mateřství nastupuji dne

Na peněžitou pomoc v mateřství nastupuji z důvodu převzetí dítěte do péče

 na základě rozhodnutí orgánu uvedeného v ust. § 32 odst. 1 písm. b) ZNP*)

 na základě dohody s matkou dítěte podle § 32 odst. 1 písm. e) ZNP*)

 z důvodu závažného dlouhodobého onemocnění matky*)

 jehož matka zemřela*)

 Na peněžitou pomoc v mateřství nastupuji do čtyř let věku předchozího dítěte, které se narodilo dne*)

 Peněžité pomoci v mateřství, na kterou nevznikl nárok z pojistného vztahu*)

Příjmení dítěte	Jméno dítěte	Rodné číslo dítěte **)	Datum narození dítěte
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Příjmení dítěte	Jméno dítěte	Rodné číslo dítěte **)	Datum narození dítěte
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Další sdělení

C. Podklady pro výplatu dávky

Naposledy jsem osobně vykonával/a činnost dne

 Je není*) vůči mě vedeno insolvenční řízení

Dávku žádám vyplatit

 na účet v ČR*)

Předčíslí	Číslo účtu	Kód banky	Specifický symbol
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

 na účet u banky v cizině*)

IBAN	Číslo účtu příjemce	Název účtu příjemce
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Název peněžního ústavu	Typ ID banky	ID kód banky
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ulice	Číslo domu	Obec	PSČ	Stát
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

 na adresu*)

Ulice	Číslo domu	Obec	PSČ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

*) Hodící se označte x.

**) Není-li rodné číslo přiděleno, uveďte se evidenční číslo pojištěnce.

D. Prohlášení

Prohlašuji, že údaje jsou pravdivé a že ohlásím všechny rozhodné skutečnosti, které by měly vliv na výplatu dávky nebo zánik nároku na dávku, a to do 8 dnů ode dne, kdy jsem se o těchto skutečnostech dozvěděl.

Telefon

Kontaktní e-mail

Počet příloh

.....
Razítko a podpis pojistěnce

ČSSZ, ÚSSZ, okresní pracoviště (kontaktní pracoviště) a IPZS zpracovávají osobní údaje vč. zvláštních kategorií osobních údajů v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů), zákonem č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů v souladu se zákonnou povinností vyplývající zejména ze zákona č. 187/2006 Sb., zákon o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Více informací naleznete na <https://www.cssz.cz/cz/gdpr.htm>.

E. Poučení

Uplatnění nároku na výplatu dávek je v souladu s ustanovením § 109 odst. 1 písm. b) bodu 2 zákona č. 187/2006 Sb., zákona o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů.