

Evidenční štítek

C

ROZHODNUTÍ O DOČASNÉ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI

I. díl – Hlášení OSSZ o vzniku dočasné pracovní neschopnosti

Toto hlášení je ošetřující lékař povinen odeslat okresní správě sociálního zabezpečení příslušné podle místa výkonu práce ošetřujícího lékaře (služebnímu orgánu) nejpozději v třetí pracovní den následující po dni, kdy bylo vydáno rozhodnutí o vzniku dočasné pracovní neschopnosti.

Příjmení a jméno		Rodné číslo ¹⁾	
Přesná adresa místa pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti (včetně poschodí)			
Název a adresa zaměstnavatele		Druh vykonávané práce (profese)	
Neschopen práce od		Statistická značka nemoci (diagnóza)	Vystaveno dne _____
<input type="checkbox"/> Úraz ²⁾		Razítko poskytovatele zdravotních služeb, jmenovka a podpis ošetřujícího lékaře	
Pojištěnec uvádí / Podezření:			
<input type="checkbox"/> Pracovní úraz ²⁾ <input type="checkbox"/> Úraz zaviněný jinou osobou ²⁾ <input type="checkbox"/> Požití alkoholu nebo zneužití omamných nebo psychotropních látek ²⁾			

Povolené vycházky ode dne:	od _____ hod., do _____ hod.
	od _____ hod., do _____ hod.

Souhlasím se zpětným uznáním dočasné pracovní neschopnosti od _____

_____ Datum, razítko a podpis lékaře OSSZ



4 0 7 9 4 1 6 7 3 1

1) Není-li rodné číslo přiděleno, uveďte se evidenční číslo pojištěnce nebo datum narození.

2) Hodící se označte křížkem X. Tyto údaje jsou pouze signalizační a nejsou předmětem rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti.

Evidenční štítek

C

ROZHODNUTÍ O DOČASNÉ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI

II. díl – Průkaz práce neschopného pojištěnce a hlášení OSSZ o ukončení dočasné pracovní neschopnosti

Tento díl slouží současně jako průkaz práce neschopného pojištěnce a hlášení ošetřujícího lékaře o ukončení dočasné pracovní neschopnosti. Při skončení dočasné pracovní neschopnosti je pojištěnec povinen odevzdat tento díl ošetřujícímu lékaři, který jej po doplnění data ukončení neschopnosti a konečné diagnózy odešle okresní správě sociálního zabezpečení příslušné podle místa výkonu práce ošetřujícího lékaře (služebnímu orgánu), a to nejpozději v třetí pracovní den následující po dni, kdy bylo vydáno rozhodnutí o ukončení dočasné pracovní neschopnosti.

Příjmení a jméno	Rodné číslo ¹⁾	
Přesná adresa místa pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti (včetně poschodí)		
Název a adresa zaměstnavatele	Druh vykonávané práce (profese)	
Neschopen práce od	Vystaveno dne _____	
<input type="checkbox"/> Úraz ²⁾	Razítko poskytovatele zdravotních služeb, jmenovka a podpis ošetřujícího lékaře	
Pojištěnec uvádí / Podezření:		
<input type="checkbox"/> Pracovní úraz ²⁾		
<input type="checkbox"/> Úraz zaviněný jinou osobou ²⁾		
<input type="checkbox"/> Požití alkoholu nebo zneužití omamných nebo psychotropních látek ²⁾	_____	
Neschopen práce do	Rozhodnuto dne _____	
Konečná diagnóza (statistická značka nemoci)	_____	
	Razítko poskytovatele zdravotních služeb, jmenovka a podpis ošetřujícího lékaře	
Povolené vycházky ode dne:	od _____ hod.,	do _____ hod.
	od _____ hod.,	do _____ hod.

Záznamy ošetřujícího lékaře, lékaře a pracovníka OSSZ (popř. jiného příslušného orgánu nemocenského pojištění)

Datum ošetření nebo kontroly	Příští ošetření nebo kontrola je stanovena na den	Podpis ošetř. lékaře, lékaře nebo pracovníka OSSZ	Poznámky



2 6 3 3 5 7 0 8 8 2

¹⁾ Není-li rodné číslo přiděleno, uveďte se evidenční číslo pojištěnce nebo datum narození.

²⁾ Hodící se označte křížkem X. Tyto údaje jsou pouze signalizační a nejsou předmětem rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti.

Záznamy ošetřujících lékařů a poskytovatelů zdravotních služeb

Den propuštění pojištěnce z péče	Předán do dalšího ošetřování (název a adresa poskytovatele zdravotních služeb)	Podpis ošetřujícího lékaře, který propouští pojištěnce ze své péče	Den převzetí pojištěnce do péče	Podpis ošetřujícího lékaře, který převzal pojištěnce do své péče

Den nástupu do lůžkové péče	Podpis ošetřujícího lékaře	Den ukončení lůžkové péče	Podpis ošetřujícího lékaře

Místo pobytu pojištěnce po propuštění z lůžkové péče:

Poučení

Nesouhlasí-li pojištěnec s rozhodnutím ošetřujícího lékaře (poskytovatele zdravotních služeb) o vzniku dočasné pracovní neschopnosti, 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 (poskyvatel 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., v platném znění).

Dočasně práce neschopný pojištěnec je povinen dodržovat režim dočasně práce neschopného pojištěnce včetně individuálního léčebného postupu stanoveného ošetřujícím lékařem, umožnit kontrolu dodržování režimu dočasně práce neschopného pojištěnce orgánem nemocenského pojištění a v období prvních 14 kalendářních dnů dočasně pracovní neschopnosti též zaměstnavateli. Při této kontrole je povinen prokázat svou totožnost a předložit tento díl „Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti“. Pojištěnec je povinen označit potřebnými údaji místo pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti.

Pojištěnec je povinen oznámit příslušné okresní správě sociálního zabezpečení (služebnímu orgánu či útvaru) všechny rozhodné skutečnosti, které by měly vliv na poskytování nebo zánik nároku na nemocenské nebo jeho výplatu, a to do 8 dnů ode dne, kdy se o těchto skutečnostech dozvěděl (§ 103 odst. 1 písm. b) zákona č. 187/2006 Sb.).

Upozornění

Pro výplatu náhrady mzdy, platu, služebního příjmu, odměny nebo snížené odměny (dále jen náhrada mzdy) v době dočasné pracovní neschopnosti a pro každou výplatu nemocenského musí pojištěnec předkládat „Potvrzení o trvání dočasné pracovní neschopnosti nebo karantény“, podepsané a ověřené ošetřujícím lékařem. U dočasné pracovní neschopnosti kratší 15 kalendářních dnů slouží jako doklad pro výplatu náhrady mzdy V. díl, tj. „Rozhodnutí o ukončení dočasné pracovní neschopnosti“. Byla-li dočasná pracovní neschopnost delší 14 kalendářních dnů, slouží V. díl jako doklad pro poslední splátku nemocenského.

Souhlasím se zpětným uznáním dočasné pracovní neschopnosti od _____

Datum, razítko a podpis lékaře OSSZ



C

ROZHODNUTÍ O DOČASNÉ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI

III. díl – Hlášení zaměstnavateli o vzniku dočasné pracovní neschopnosti

Toto hlášení odevzdává zaměstnanec neprodleně svému zaměstnavateli, který si je ponechá. Tímto hlášením zaměstnanec současně uplatňuje u zaměstnavatele nárok na náhradu mzdy, snížený plat nebo odměnu za prvních 14 kalendářních dnů trvání dočasné pracovní neschopnosti.

Příjmení a jméno		Rodné číslo ¹⁾	
Přesná adresa místa pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti (včetně poschodí)			
Název a adresa zaměstnavatele		Druh vykonávané práce (profese)	
Neschopen práce od		Vystaveno dne _____	
<input type="checkbox"/> Úraz ²⁾		Razítko poskytovatele zdravotních služeb, jmenovka a podpis ošetřujícího lékaře	
Pojištěnec uvádí / Podezření:			
<input type="checkbox"/> Pracovní úraz ²⁾ <input type="checkbox"/> Úraz zaviněný jinou osobou ²⁾ <input type="checkbox"/> Požití alkoholu nebo zneužití omamných nebo psychotropních látek ²⁾			

Písemný souhlas k uznání dočasné pracovní neschopnosti za více než tři kalendářní dny přede dnem zjištění vydala OSSZ (služební orgán)
_____ dne _____.

Povolené vycházky ode dne:	od _____ hod., do _____ hod.
	od _____ hod., do _____ hod.

1) *Není-li rodné číslo přiděleno, uvede se evidenční číslo pojištěnce nebo datum narození.*

2) *Hodící se označte křížkem X. Tyto údaje jsou pouze signalizační a nejsou předmětem rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti.*

Upozornění

Pro výplatu náhrady mzdy, platu, služebního příjmu, odměny nebo snížené odměny (dále jen náhrada mzdy) v době dočasné pracovní neschopnosti a pro každou výplatu nemocenského musí pojištěnec předkládat „Potvrzení o trvání dočasné pracovní neschopnosti nebo karantény“, podepsané a ověřené ošetřujícím lékařem. U dočasné pracovní neschopnosti kratší 15 kalendářních dnů slouží jako doklad pro výplatu náhrady mzdy V. díl, tj. „Rozhodnutí o ukončení dočasné pracovní neschopnosti“. Byla-li dočasná pracovní neschopnost delší 14 kalendářních dnů, slouží V. díl jako doklad pro poslední splátku nemocenského.

Vnitřní záznamy zaměstnavatele:

Naposledy pracoval dne _____

a odpracoval _____ hodin.

Další záznamy:

Evidenční štítek

C

ROZHODNUTÍ O DOČASNÉ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI

IV. díl – Žádost o nemocenské

Toto rozhodnutí slouží jako žádost o nemocenské, trvá-li dočasná pracovní neschopnost déle než 14 kalendářních dnů. Žádost podávají zaměstnanci u svého zaměstnavatele, který ji předá příslušné okresní správě sociálního zabezpečení (služebnímu orgánu či útvaru). Osoby dobrovolně nemocensky pojištěné podávají tuto žádost u příslušné okresní správy sociálního zabezpečení.

Příjmení a jméno	Rodné číslo ¹⁾
Přesná adresa místa pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti (včetně poschodí)	
Název a adresa zaměstnavatele	Druh vykonávané práce (profese)
Neschopen práce od	Vystaveno dne _____
<input type="checkbox"/> Úraz ²⁾	
Pojištěnec uvádí / Podezření: <input type="checkbox"/> Pracovní úraz ²⁾ <input type="checkbox"/> Úraz zaviněný jinou osobou ²⁾ <input type="checkbox"/> Požití alkoholu nebo zneužití omamných nebo psychotropních látek ²⁾	Razítko poskytovatele zdravotních služeb, jmenovka a podpis ošetřujícího lékaře

POZOR!

Před podáním žádosti o nemocenské je pojištěnec povinen vyplnit a podepsat prohlášení na druhé straně tohoto tiskopisu.



2 0 9 2 5 3 4 6 7 8

¹⁾ Není-li rodné číslo přiděleno, uveďte se evidenční číslo pojištěnce nebo datum narození.

²⁾ Hodící se označte křížkem X. Tyto údaje jsou pouze signalizační a nejsou předmětem rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti.

Poučení

Nárok na nemocenské vzniká od 15. kalendářního dne dočasné pracovní neschopnosti. Žádost o nemocenské se podává jen v případě, že dočasná pracovní neschopnost je delší 14 kalendářních dnů, a to nejpozději spolu s „Potvrzením o trvání dočasné pracovní neschopnosti nebo karantény“, či s „Rozhodnutím o ukončení dočasné pracovní neschopnosti“.

V působnosti služebních orgánů vzniká nárok na výplatu nemocenského, jestliže dočasná pracovní neschopnost trvá i po uplynutí doby, za kterou příslušníkům náleží služební příjem či náhrada platu dle zvláštních předpisů.

Upozornění

Nemocenské se poukazuje na účet příjemce dávky u peněžního ústavu v České republice. Uvedte též specifický symbol, je-li k Vašemu číslu účtu přidělen.

Na žádost pojištěnce se nemocenské vyplácí v hotovosti prostřednictvím držitele poštovní licence, tj. poštovní poukázkou. V případě výplaty dávky v hotovosti poštovní poukázkou hradí náklady za doručení příjemce nemocenského.

Na základě žádosti pojištěnce se nemocenské vyplácí do ciziny jen na účet pojištěnce u banky v cizině. Náklady této výplaty platí příjemce nemocenského. V tomto případě je třeba uvést číslo účtu ve tvaru IBAN, název účtu příjemce, název, adresu a stát banky v cizině, Id kód banky a typ Id banky (např. BIC SWIFT kód).

Prohlášení – žádost o nemocenské

Žádám o poskytování nemocenského při dočasné pracovní neschopnosti a jsem si vědom (vědoma), že jsem povinen (povinna) oznámit a prokázat všechny skutečnosti rozhodné pro nárok na nemocenské, jeho výši a výplatu.

Naposledy jsem vykonával/a samostatnou výdělečnou činnost (zaměstnání) dne³⁾

Nemocenské žádám vyplatit následujícím způsobem:

poukázáním na můj účet číslo⁴⁾:

kód banky další údaje (viz *Upozornění*)

poštovní poukázkou na adresu⁴⁾:

Datum

Podpis pojištěnce:

³⁾ Vyplní jen osoba dobrovolně nemocensky pojištěná.

⁴⁾ Hodící se označte křížkem ×.



Evidenční štítek

C

ROZHODNUTÍ O DOČASNÉ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI

V. díl – Rozhodnutí o ukončení dočasné pracovní neschopnosti – hlášení zaměstnavateli

Rozhodnutí o ukončení dočasné pracovní neschopnosti zaměstnanci předávají neprodleně svému zaměstnavateli, který ho po doplnění údajů odevzdá příslušné okresní správě sociálního zabezpečení (služebnímu orgánu). Osoby dobrovolně nemocensky pojištěné předávají toto rozhodnutí příslušné okresní správě sociálního zabezpečení. Toto rozhodnutí se neodevzdává okresní správě sociálního zabezpečení, pokud dočasná pracovní neschopnost trvala méně než 15 kalendářních dnů.

Pojištěnec je povinen vyplnit a podepsat prohlášení na druhé straně tohoto tiskopisu.

Příjmení a jméno	Rodné číslo ¹⁾
Přesná adresa místa pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti (včetně poschodí)	
Název a adresa zaměstnavatele	Druh vykonávané práce (profese)
Neschopen práce od	Vystaveno dne
<input type="checkbox"/> Úraz ²⁾	
Pojištěnec uvádí / Podezření: <input type="checkbox"/> Pracovní úraz ²⁾ <input type="checkbox"/> Úraz zaviněný jinou osobou ²⁾ <input type="checkbox"/> Požití alkoholu nebo zneužití omamných nebo psychotropních látek ²⁾	Rozhodnuto dne
Neschopen práce do	
	Razítko poskytovatele zdravotních služeb, jmenovka a podpis ošetřujícího lékaře
Dočasná pracovní neschopnost byla ukončena rozhodnutím OSSZ (služebního orgánu) ke dni	

Záznamy zaměstnavatele³⁾

Zaměstnanec nastoupil opět do práce dne
Poslední den pracovní neschopnosti zaměstnanec odpracoval _____ hodin. Pracovní doba, která připadala na poslední den pracovní neschopnosti podle rozvrhu směn zaměstnance, činila _____ hodin. ⁴⁾
Pokud zaměstnanec v době dočasné pracovní neschopnosti vykonával práci, uveďte, ve kterých dnech: _____
Datum, razítko a podpis zaměstnavatele



0 5 9 0 6 4 6 2 4 6

¹⁾ Není-li rodné číslo přiděleno, uveďte se evidenční číslo pojištěnce nebo datum narození.

²⁾ Hodící se označte křížkem X. Tyto údaje jsou pouze signalizační a nejsou předmětem rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti.

³⁾ Zaměstnavatel vyplňuje jen v případech, kdy tento díl předává OSSZ (služebnímu orgánu).

⁴⁾ Vyplní se, jen pokud zaměstnanec v poslední den pracovní neschopnosti pracoval.

Poučení

Nesouhlasí-li pojištěnec s rozhodnutím ošetřujícího lékaře (poskytovatele zdravotních služeb) o ukončení dočasné pracovní neschopnosti, 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 (poskyvatel 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., v platném znění).

Návrh na přezkoumání rozhodnutí ošetřujícího lékaře (poskytovatele zdravotních služeb) nemá odkladný účinek.

Byla-li dočasná pracovní neschopnost ukončena okresní správou sociálního zabezpečení (služebním orgánem) a pojištěnec s ukončením dočasné pracovní neschopnosti 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., v platném znění). Podané odvolání nemá dle ustanovení § 152 písm. a) zákona č. 187/2006 Sb., v platném znění, odkladný účinek.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem v době dočasné pracovní neschopnosti uvedené na tomto rozhodnutí nevykonával zaměstnání (samostatnou výdělečnou činnost) a že jsem nezatajil žádnou okolnost rozhodnou pro přiznání a výplatu nemocenského z pojištění, z něhož nárok uplatňuji.

Samostatnou výdělečnou činnost (zaměstnání) jsem začal vykonávat dne⁵⁾

Prohlašuji, že pobírám důchod: starobní, invalidní pro invaliditu třetího stupně.⁶⁾

Prohlašuji, že nepobírám žádný z uvedených důchodů.⁶⁾

Datum

Podpis pojištěnce:

⁵⁾ Vyplní jen osoba dobrovolně nemocensky pojištěná.

⁶⁾ Hodící se označte křížkem X.

Uvede se i starobní důchod a invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně vyplácený ze systému důchodového pojištění jiného členského státu Evropské unie nebo státu, s nímž má Česká republika uzavřenu mezinárodní smlouvu o sociálním zabezpečení.