

# Oznámení zaměstnavateli o potřebě ošetřování/péče (podle ust. § 109 odst. 1 písm. b) bod 1. zákona č. 187/2006 Sb.)

**Důvod ošetřování/péče (podle § 39 odst. 1 zákona č. 187/2006 Sb.)**

ošetřování nemocné osoby  
karanténa dítěte do 10 let  
zařízení, které navštěvuje dítě do 10 let, bylo uzavřeno  
osoba, která jinak pečuje o dítě, onemocněla

**Ošetřovaná osoba  
(osoba o kterou je nutno pečovat)**

Příjmení  
Jméno  
RČ/EČP  
Datum narození

**Číslo rozhodnutí (identifikátor) o potřebě ošetřování (péče) nebo číslo Potvrzení o uzavření výchovného zařízení (školy) či jeho části a jeho identifikace**

Název zařízení (školy), které dítě navštěvuje  
IČO

**Datum vzniku, ukončení nebo trvání potřeby ošetřování (péče) podle rozhodnutí ošetřujícího lékaře nebo školského/dětského zařízení**

Vznik	Trvání	Ukončení
-------	--------	----------

**Identifikace zaměstnance**

Příjmení	Jméno	Datum narození
RČ/EČP	Telefon	E-mail

**Sdělení zaměstnance:**

**Jsem osamělým zaměstnancem ve smyslu § 40 zákona č. 187/2006 Sb. (ZNP) a mám v trvalé péči aspoň jedno dítě ve věku do 16 let, které neukončilo povinnou školní docházku:**      **Ano**      **Ne**

Za osamělého zaměstnance se považuje zaměstnanec svobodný, ovdovělý nebo rozvedený, pokud nežije s družkou (druhem) nebo v registrovaném partnerství. Za osamělého zaměstnance se považuje i zaměstnanec, jehož manželka (manžel) je ve výkonu trestu odnětí svobody uloženého v trvání nejméně jednoho roku nebo ve výkonu zabezpečovací detence, nebo bylo-li zahájeno řízení o prohlášení manželky (manžela) za nezvěstnou anebo za mrtvou, a tento zaměstnanec nežije s družkou (druhem).

**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 svěřeni dítěte soudem do společné nebo do střídavé péče obou rodičů se za domácnost považuje domácnost každého z těchto rodičů.

**Vztah k ošetřované osobě (osobě, o kterou je nutno pečovat):**

**Pobírá na ošetřované dítě jiná fyzická osoba peněžitou pomoc v mateřství nebo má nárok na rodičovský příspěvek na ošetřovanou osobu (dítě):**      **Ano**      **Ne**

**Jiná fyzická osoba s nárokem na rodičovský příspěvek je zaměstnancem a v zaměstnání nečerpá volno nebo je OSVČ:**      **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**

**Sdělení zaměstnance o průběhu ošetřování/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 dlouhodobého ošetřovného za období:**

od      do

**Datum a místo vyplnění**

V      dne  
Podpis