

## P o t v r d e n i e o dočasnej pracovnej neschopnosti fyzickej osoby v hmotnej núdzi/uchádzača o zamestnanie

(Toto potvrdenie nie je určené pre fyzickú osobu v hmotnej núdzi/uchádzača o zamestnanie (UoZ), ktorý vykonáva zárobkovú činnosť a neslúži na uplatnenie nároku na dávky nemocenského poistenia)

Meno, priezvisko, titul	Rodné číslo
Adresa trvalého pobytu	
Adresa, kde sa bude fyzická osoba v hmotnej núdzi/UoZ zdržiavať v čase dočasnej pracovnej neschopnosti, vrátane poschodia	
Diagnóza číslom podľa MKCH	
Odtlačok pečiatky a podpis ošetrojúceho lekára Dátum vystavenia potvrdenia o <u>začatí</u> dočasnej pracovnej neschopnosti:	Neschopný práce od*
	Schopný práce od**
Odtlačok pečiatky a podpis ošetrojúceho lekára Dátum vystavenia potvrdenia o <u>skončení</u> dočasnej pracovnej neschopnosti:	Povolené vychádzky:
	odo dňa ..... od .....h do ..... h

### P o u č e n i e pre lekára

Príslušný ošetrojúci lekár môže podľa § 12a zákona č.576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov uznať osobu za dočasne práceneschopnú spätne najviac tri kalendárne dni, na základe lekárskeho nálezu lekárskej služby prvej pomoci alebo ústavnej pohotovostnej služby, ak v odsekoch 14 a 15 nie je ustanovené inak.

### P o u č e n i e pre uchádzača o zamestnanie

Uchádzač o zamestnanie preukazuje dočasnú pracovnú neschopnosť podľa § 36 ods. 4 zákona č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

\*Uchádzač o zamestnanie predkladá začiatok dočasnej pracovnej neschopnosti na úrad práce, sociálnych vecí a rodiny v mieste svojho trvalého pobytu **do troch pracovných dní odo dňa vystavenia tohto potvrdenia.**

\*\*Skončenie dočasnej pracovnej neschopnosti predkladá uchádzač o zamestnanie na úrad práce, sociálnych vecí a rodiny v mieste svojho trvalého pobytu **osobne v nasledujúci pracovný deň po skončení dočasnej pracovnej neschopnosti.**

### P o u č e n i e pre fyzickú osobu v hmotnej núdzi

V zmysle § 28 ods.2 zákona č.417/2013 Z. z. o pomoci v hmotnej núdzi v znení neskorších predpisov je fyzická osoba v hmotnej núdzi povinná doručiť na úrad práce sociálnych vecí a rodiny potvrdenie o začiatku a skončení dočasnej pracovnej neschopnosti **do troch pracovných dní odo dňa vystavenia potvrdenia o začiatku alebo o skončení dočasnej pracovnej neschopnosti.**

## P o t v r d e n i e o dočasnej pracovnej neschopnosti fyzickej osoby v hmotnej núdzi/uchádzača o zamestnanie

(Toto potvrdenie nie je určené pre fyzickú osobu v hmotnej núdzi/uchádzača o zamestnanie (UoZ), ktorý vykonáva zárobkovú činnosť a neslúži na uplatnenie nároku na dávky nemocenského poistenia)

Meno, priezvisko, titul	Rodné číslo
Adresa trvalého pobytu	
Adresa, kde sa bude fyzická osoba v hmotnej núdzi/UoZ zdržiavať v čase dočasnej pracovnej neschopnosti, vrátane poschodia	
Diagnóza číslom podľa MKCH	
Odtlačok pečiatky a podpis ošetrojúceho lekára Dátum vystavenia potvrdenia o <u>začatí</u> dočasnej pracovnej neschopnosti:	Neschopný práce od*
	Schopný práce od**
Odtlačok pečiatky a podpis ošetrojúceho lekára Dátum vystavenia potvrdenia o <u>skončení</u> dočasnej pracovnej neschopnosti:	Povolené vychádzky:
	odo dňa ..... od .....h do ..... h

### P o u č e n i e pre lekára

Príslušný ošetrojúci lekár môže podľa § 12a zákona č.576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov uznať osobu za dočasne práceneschopnú spätne najviac tri kalendárne dni na základe lekárskeho nálezu lekárskej služby prvej pomoci alebo ústavnej pohotovostnej služby, ak v odsekoch 14 a 15 nie je ustanovené inak.

### P o u č e n i e pre uchádzača o zamestnanie

Uchádzač o zamestnanie preukazuje dočasnú pracovnú neschopnosť podľa § 36 ods. 4 zákona č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

\*Uchádzač o zamestnanie predkladá začiatok dočasnej pracovnej neschopnosti na úrad práce, sociálnych vecí a rodiny v mieste svojho trvalého pobytu **do troch pracovných dní odo dňa vystavenia tohto potvrdenia.**

\*\*Skončenie dočasnej pracovnej neschopnosti predkladá uchádzač o zamestnanie na úrad práce, sociálnych vecí a rodiny v mieste svojho trvalého pobytu **osobne v nasledujúci pracovný deň po skončení dočasnej pracovnej neschopnosti.**

### P o u č e n i e pre fyzickú osobu v hmotnej núdzi

V zmysle § 28 zákona ods.2 č.417/2013 Z. z. o pomoci v hmotnej núdzi v znení neskorších predpisov je fyzická osoba v hmotnej núdzi povinná doručiť na úrad práce sociálnych vecí a rodiny potvrdenie o začiatku a skončení dočasnej pracovnej neschopnosti **do troch pracovných dní odo dňa vystavenia potvrdenia o začiatku alebo o skončení dočasnej pracovnej neschopnosti.**

### Záznamy ošetrojúceho lekára

Dátum ošetrenia alebo kontroly	Budúce ošetrenie alebo kontrola je stanovená na deň	pečiatka/podpis ošetrojúceho lekára	poznámky

**Informácia pre fyzickú osobu v hmotnej núdzi/UoZ:**

*Ak sa dočasne práceneschopná fyzická osoba v hmotnej núdzi/UoZ nedostaví bez ospravedlnenia v určený deň na lekársku prehliadku, poruší liečebný režim určený lekárom.*

### Kontrola liečebného režimu

Dátum	Čas	Adresa pobytu počas DPN	Meno a priezvisko/ podpis zamestnancov ÚPSVR	Podpis fyzickej osoby v hmotnej núdzi/UoZ

Záznam z kontroly:

---

---

---

---

---

**Vyjadrenie ošetrojúceho lekára v prípade zistenia nedodržania liečebného režimu:**

### Záznamy ošetrojúceho lekára

Dátum ošetrenia alebo kontroly	Budúce ošetrenie alebo kontrola je stanovená na deň	pečiatka/podpis ošetrojúceho lekára	poznámky

**Informácia pre fyzickú osobu v hmotnej núdzi/UoZ:**

*Ak sa dočasne práceneschopná fyzická osoba v hmotnej núdzi/UoZ nedostaví bez ospravedlnenia v určený deň na lekársku prehliadku, poruší liečebný režim určený lekárom.*

### Kontrola liečebného režimu

Dátum	Čas	Adresa pobytu počas DPN	Meno a priezvisko/ podpis zamestnancov ÚPSVR	Podpis fyzickej osoby v hmotnej núdzi/UoZ

Záznam z kontroly:

---

---

---

---

---

**Vyjadrenie ošetrojúceho lekára v prípade zistenia nedodržania liečebného režimu:**

