



Tiskopis prosím vyplňte čitelně

podací razítko

OSÚ
S 15

Potvrzení o nároku na dávky (náhrady) ovlivňující nárok a výši rodičovského příspěvku

A. Rodič, pro kterého se vydává potvrzení:

Příjmení: NOVÁKOVÁ'	Jméno: EVA	Rodné číslo v ČR ¹⁾ : 925831/0311
----------------------------	-------------------	---

B. Dítě nebo současně narozené děti, které zakládají nárok na níže uvedené dávky:

V případě, že formulář vyplňujete ještě před porodem, ponechte část B nevyplněnou.

č.	Příjmení	Jméno	Rodné číslo v ČR ¹⁾
1.	NOVÁKOVÁ'	PETRA	145914/4324
2.			
3.			

C. OSSZ potvrzuje, že výše uvedené ženě:

V případě, že se potvrzení vydává pro muže, část C nevyplní

Zaškrtněte prosím jednu z následujících dvou variant a doplňte

vznikl nárok na peněžitou pomoc v mateřství

Od: Do:

**NEVYPLŇUJTE! VYPLŇUJE OKRESNÍ SPRÁVA
SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ**

Výše peněžitě pomoci v mateřství za kalendářní den
stanovená podle § 37 zákona č. 187/2006 Sb.: Kč

Denní vyměřovací základ peněžitě pomoci v mateřství
stanovený podle § 21 zákona č. 187/2006 Sb.: Kč

vznikl nárok na nemocenské poskytované v souvislosti s porodem

Příjmy získané z náhrady mzdy za dobu prvních 14 dnů dočasné pracovní neschopnosti v souvislosti s porodem podle § 192 zákoníku práce potvrďte v části E.

Výše nemocenského za kalendářní den stanovená podle § 29 zákona č. 187/2006 Sb.:

Od: Do:

Denní výše nemocenské 60%: Kč

Od: Do:

Denní výše nemocenské 66%: Kč

Od: Do:

Denní výše nemocenské 72%: Kč

Denní vyměřovací základ nemocenského
stanovený podle § 21 zákona č. 187/2006 Sb.: Kč

D. OSSZ potvrzuje, že výše uvedenému muži:

V případě, že se potvrzení vydává pro ženu, část D nevyplňujte.

Vznikl nárok na peněžitou pomoc v mateřství

Od: Do:

Výše peněžitě pomoci v mateřství za kalendářní den
stanovená podle § 37 zákona č. 187/2006 Sb.: Kč

Denní vyměřovací základ peněžitě pomoci v mateřství
stanovený podle § 21 zákona č. 187/2006 Sb.: Kč

V dne

podpis a razítko plátce

¹⁾ Cizinci, pokud nemají v ČR přiděleno rodné číslo, uvedou v kolonce **Rodné číslo v ČR** datum narození ve tvaru den, měsíc, rok a pohlaví ve tvaru: M nebo Ž (muž nebo žena).

E. Zaměstnavatel potvrzuje, že výše uvedené ženě:

Vznikl nárok na náhradu mzdy za dobu prvních 14 dnů dočasné pracovní neschopnosti v souvislosti s porodem podle § 192 odst. 2 a 3 zákoníku práce.

Pokud vznikl nárok na náhradu pouze v jednom kalendářním měsíci, není třeba vyplňovat následující tabulku.

NEVYPLŇUJTE! VYPLŇUJE ZAMĚSTNAVATEL

Měsíc	Od	Do	Celková částka
/ 20			
/ 20			

Potvrzujeme údaje v části E pro osobu z části A.

V _____ dne _____ . . 20

podpis a razítko plátce

Údaje, pro které na formuláři nedostačuje vyhrazené místo, uveďte na volném listě a přiložte k tiskopisu.

Formuláře žádostí, potvrzení a ostatních dokladů naleznete na internetové adrese <http://portal.mpsv.cz/forms> nebo si je vyzvednete na pracovišti Úřadu práce ČR. Na toto pracoviště se také obraťte, pokud budete mít při vyplňování pochybnosti.