|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | |  | **Ministerstvo obrany České republiky orgán nemocenského pojištění** |   **ŽÁDOST VOJÁKA Z POVOLÁNÍ**1)**O PRODLOUŽENÍ VÝPLATY NEMOCENSKÉHO PO UPLYNUTÍ PODPŮRČÍ DOBY**  **podle ustanovení § 27 zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění** | | | | | |
|  | ***ŽADATEL/KA*** | | | |  |
| Hodnost, titul, **příjmení a jméno**  Klikněte sem a zadejte text. | | | **Datum narození**  Klikněte sem a zadejte datum. |
| Telefon Klikněte sem a zadejte text. |  | Vojenský útvar/zařízení  Klikněte sem a zadejte text. | Zastávaná funkce  Klikněte sem a zadejte text. |
| E-mail  Klikněte sem a zadejte text. |  |
| Služební poměr zanikl  -  ne\*)  -  ano\*) dnem Klikněte sem a zadejte datum. |
| **ID datové schránky**2)  Klikněte sem a zadejte text. |  |
| **Adresa trvalého pobytu** | Klikněte sem a zadejte text. | | |
| **Adresa pro doručování** (např. místo pobytu v době DNS), je-li odlišná od adresy trvalého pobytu | Klikněte sem a zadejte text. | | |
| ***DOČASNÁ NESCHOPNOST KE SLUŽBĚ PRO NEMOC NEBO ÚRAZ (DNS)*** | | | |
| Číslo rozhodnutí o DNS  Klikněte sem a zadejte text. | Vznik DNS dne  Klikněte sem a zadejte datum. | DNS souvisí se služebním úrazem  -  ne  -  ano\*) ze dne Klikněte sem a zadejte datum. | Podpůrčí doba podle potvrzení oddělení mzdové účtárny AF  končí dnem3)  Klikněte sem a zadejte datum. |
| **Jméno, příjmení a adresa ošetřujícího lékaře,** tel. spojení nebo jiný kontakt  Klikněte sem a zadejte text. | | | |
| ***PŘEZKUMNÉ ŘÍZENÍ O POSOUZENÍ ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI K VÝKONU VOJENSKÉ ČINNÉ SLUŽBY PODLE VYHLÁŠKY č. 288/2024 Sb.*** | | | |
| Přezkumné řízení  bylo -  nebylo\*)  provedeno.  Přezkumná komise u vojenské nemocnice v Klikněte sem a zadejte text.rozhodla dne Klikněte sem a zadejte datum.  č. protokolu Klikněte sem a zadejte text. takto:  schopen -  neschopen\*)  vojenské činné služby, stanovena zdravotní klasifikace:  C\*)  D\*) | | | |
| Vyšší přezkumná komise MO Hradec Králové dne Klikněte sem a zadejte datum. č. protokolu : Klikněte sem a zadejte text.  rozhodnutí přezkumné komise  potvrdila –  změnila\*)a stanovila zdravotní klasifikaci  C\*)  D\*) | | | |
| ***Žádám tímto o výplatu nemocenského po uplynutí podpůrčí doby****:*  V Klikněte sem a zadejte text. dne Klikněte sem a zadejte datum.  **podpis žadatele/ky**    Odůvodnění žádosti: Klikněte sem a zadejte text. | | | |
| ***Žádost doručte:* 1.** datovou schránkou, pokud ji máte zřízenu: ID datové schránky **hjyaavk**; **2.** e-mailem opatřeným uznávaným elektronickým podpisem a v akceptovaném formátu**:** [**epodatelna@mo.gov.cz**](mailto:epodatelna@mo.gov.cz) **3.** poštou na adresu: **Ministerstvo obrany - 7542, Oddělení nemocenského pojištění, náměstí Svobody 471/4, 160 01 Praha 6**; **4.** osobně v úředních hodinách na Oddělení nemocenského pojištění, náměstí Svobody 471/4, Praha 6.  ***Přílohy:***   1. kopie potvrzení oddělení mzdové účtárny AF o čerpání podpůrčí doby  ano -  ne\*) 2. lékařské zprávy  ne-  ano\*), uvede se specifikace a počet listů Klikněte sem a zadejte text. 3. další přílohy  ne -  ano\*), uvede se specifikace a počet listů Klikněte sem a zadejte text.   Obligatorní náležitosti podání jsou uvedeny tučně  **\*) Hodící se označte X**  1) Žádat může také voják z povolání, jehož služební poměr již zanikl, pokud jeho DNS vznikla v době služebního poměru nebo v ochranné lhůtě (7 kalendářních dnů ode dne zániku služebního poměru) a nepřetržitě trvá.  2) Uveďte ID datové schránky fyzické osoby, pokud ji máte zřízenou; máte-li zřízenou jenom datovou schránku podnikající fyzické osoby, a chcete do ní doručovat, uveďte to do kolonky adresa pro doručování (pokud tak neučiníte, bude doručováno prostřednictví České pošty).  3) Žádost lze podat nejpozději do 3 měsíců ode dne, kterým podpůrčí doba uplynula a jde-li o opakovanou žádost, do 3 měsíců od posledního dne období, na které byla předchozím rozhodnutím výplata nemocenského po uplynutí podpůrčí doby prodloužena. | | | |
|  | | | | | |