|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
|  | **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/zařízeníKlikněte sem a zadejte text. | Zastávaná funkceKlikněte sem a zadejte text. |
| E-mailKlikněte 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 DNSKlikněte 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 AFkončí 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** **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. |
|   |