



ČESKÁ SPRÁVA
SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ

Řešení eNeschopenky od 1. 1. 2020 přehled formulářů

Mgr. Vít Hulec

12. 9. 2019



PRO LÉKAŘE

- RDPN
- Potvrzení o trvání DPN
- Náhradní hlášení (za kterýkoli z dílů RDPN)
- Hlášení ošetřujícího lékaře
- Žádost ošetřujícího lékaře o udělení souhlasu ke zpětnému uznání dočasné pracovní neschopnosti
- Žádost o udělení souhlasu k povolení možnosti volit dobu vycházek podle aktuálního zdravotního stavu pojištěnce
- Žádost ošetřujícího lékaře o udělení souhlasu k uznání dočasné pracovní neschopnosti v období 7 dní po ukončení předchozí dočasné pracovní neschopnosti orgánem nemocenského pojištění
- Žádost o udělení souhlasu ke změně pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti z důvodu pobytu v cizině

- Žádost o přidělení / ukončení platnosti identifikačního čísla pracoviště pro elektronická podání (ICPE) pro účely eNeschopenky
- Pověření / zrušení pověření lékaře k elektronické komunikaci za poskytovatele zdravotních služeb prostřednictvím aplikace eNeschopenka (ePortál ČSSZ)
- Oznámení poskytovatele zdravotních služeb o používání kvalifikovaných elektronických podpisů jeho lékaři

PRO ZAMĚSTNAVATELE

- Příloha k žádosti o dávku nemocenského pojištění
- Hlášení zaměstnavatele při ukončení DPN

- Žádost zaměstnavatele o zaslání/zrušení zaslání informací o dočasných pracovních neschopnostech (DPN) jeho zaměstnanců
- Oznámení o pověření k eSlužbám ČSSZ (pro pověřenou osobu)
- Pověření k eSlužbám ČSSZ (zaměstnavatel pověřuje fyzickou osobu)
- Pověření k eSlužbám ČSSZ (zaměstnavatel pověřuje právnickou osobu)
- Sdělení zaměstnavatele o pověření zaměstnanců k eSlužbám ČSSZ


PRO ZAMĚSTNANCE (OSVČ)

- Žádost o změnu způsobu výplaty nemocenského
- Záznam o úrazu



Rozhodnutí o DPN

- I. díl – Hlášení OSSZ o vzniku DPN
- II. díl – Průkaz práce neschopného pojištěnce
- III. díl – Hlášení OSSZ o ukončení DPN
- I. a III. díl lékař zasílá elektronicky příslušné OSSZ
- II. díl lékař předá pojištěnci, průběžně do něj doplňuje záznamy, včetně ukončení DPN, zůstává pojištěnci
- papírový tiskopis – v případech technických výpadků

Idenční číslo:		Číslo rozhodnutí	
ROZHODNUTÍ O DOČASNÉ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI			
I. díl – Hlášení ošetřujícího lékaře o vzniku dočasné pracovní neschopnosti			
Organizace zdravotního pojištění:			
Prjmen a jméno		Pošne číslo	
První adresa místa poskytu v době dočasné pracovní neschopnosti (včetně poschodí)			
Účce	C.p./C.a.	Dod. (např. poschodí)	
Obec	PSČ ¹	Stát	
Telefonní číslo ² :			
Název zaměstnavatele		Druh vykonávané práce (profese)	
Účce	C.p./C.a.		
Obec	PSČ ¹	Stát	
Neschopen práce od		Sčíslo těla zveřídla nemoci (diagnóza)	
<input type="checkbox"/> Úkaz ¹		Výslovene dne _____	
Pojššenec uvádí/ Podesčenec ² :			
<input type="checkbox"/> Rozcov úkaz			
<input type="checkbox"/> Úkaz zveřídlený jinou osobou			
<input type="checkbox"/> Podesčenec zveřídlený zveřídlenými			
Průběžně vydávány ode dne		od _____ hod.	do _____ hod.
		od _____ hod.	do _____ hod.
		<small>¹ Nemocní rodící číslo přidělené, uvede se evidenční číslo pacienta nebo datum narození</small>	
		<small>² Nepovolený údaj</small>	
ČSSZ – XX/XX/XX			



Potvrzení o trvání DPN

- pro ČR i EU
- lékař zasílá elektronicky příslušné OSSZ
- papírový tiskopis – v případech technických výpadků a pro EU

Evidenční štítek

**Potvrzení o trvání dočasné pracovní neschopnosti
nebo karantény**

Orgán nemocenského pojištění:

Číslo rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti nebo potvrzení o nařízení karantény:
.....

Příjmení a jméno:
.....

Rodné číslo ¹⁾: Datum narození:

Dočasná pracovní neschopnost (nařízená karanténa) ke dni nadále trvá ²⁾

Vyplňuje se pouze v případě osoby pojištěné v jiném členském státu EU (EHP) ³⁾:

Dočasná pracovní neschopnost byla uznána (karanténa nařízena) ke dni

Pravděpodobná doba trvání dočasné pracovní neschopnosti do

Důvod vystavení v písemné formě:
.....

Datum

Razítko zdravotnického zařízení, jmenovka a podpis ošetřujícího lékaře

¹⁾ Nemí rodné číslo přiděleno, uvádě se evidenční číslo pojištěnce nebo datum narození


²⁾ Trvání dočasné pracovní neschopnosti lze potvrdit ke dni vydání tohoto potvrzení nebo nejvýše # kalendářní dny dopředu.

ČSSZ – XX.XX.X



Náhradní hlášení

- za všechny tři díly RDPN
- lze vystavit k papírovému i elektronickému případu (číslo) RDPN

Evidenční štítek		Číslo rozhodnutí	
ROZHODNUTÍ O DOČASNÉ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI			
za ____ . díl – Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti			
Organ nemocenského pojištění			
Příjmení a jméno		Rodné číslo ¹⁾	
Přesné adresy místa pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti (včetně paschod)			
Ulice	C.p./Č.o.	Dod. (nepř. paschod)	
Obec	PSC ²⁾	Stát	
Telefonní číslo ²⁾			
Název zaměstnavatele		Druh vykonávané práce (profese)	
Ulice	C.p./Č.o.		
Obec	PSC ²⁾	Stát	
Neschopen práce od	Statistické značka nemoci (diagnóza)		
<input type="checkbox"/> Úraz ²⁾	Vystaveno dne _____		
Pojistěno uvědí / Podažení: ²⁾			
<input type="checkbox"/> Pracovní úraz			
<input type="checkbox"/> Úraz zaviněný jinou osobou			
<input type="checkbox"/> Požití alkoholu nebo zneužití omamných			
Neschopen práce do	Statistické značka nemoci (diagnóza)	Rozhodnuto dne _____	
Konečná diagnóza (statistické značka nemoci)			
Povolené vycházky ode dne		od _____ hod., do _____ hod. od _____ hod., do _____ hod.	
		¹⁾ Nemí-li rodné číslo přibývá, uvede se evidenční číslo pojištěnce nebo datum narození	
		²⁾ Napovívej úde!	
CSSZ – XX.XX.X			



Hlášení ošetřujícího lékaře

- lékař zasílá elektronicky příslušné OSSZ
- papírově pro případ tech. výpadku a pro dlouhodobé ošetřovné

Evidenční štětka		Hlášení ošetřujícího lékaře		
<input type="checkbox"/> nemocenské ¹⁾		<input type="checkbox"/> dlouhodobé ošetřovné		
Ve smyslu § 61 a § 72g písm. c) zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění. Toto hlášení je ošetřující lékař povinen odeslat příslušnému orgánu nemocenského pojištění nejpozději v následující pracovní den. U zásadní změny diagnózy se toto hlášení odesílá příslušnému orgánu nemocenského pojištění do 7 kalendářních dnů.				
Orgán nemocenského pojištění	Místně příslušná OSSZ/PSSZ/MSSZ Brno	Číslo rozhodnutí o DPN/PDP ²⁾		
_____ IČO lékaře	_____ IČZ lékaře	_____ IČPE lékaře		
Příjmení	Jméno	Datum narození	Rodné číslo	
_____	_____	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Povolení nebo změna vycházek v době dočasné pracovní neschopnosti				
<input type="checkbox"/> Pojištěnec volí vycházky podle aktuálního zdravotního stavu				
Povolené vycházky				
Ode dne	Do dne	Začátek 1. vycházky	Konec 1. vycházky	Začátek 2. vycházky
_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Zrušení vycházek v době dočasné pracovní neschopnosti				
Zrušení vycházky ode dne _____				
<input type="checkbox"/> Povolení změny místa pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti				
Ulice		Číslo popisné	Číslo orientační	PSČ
_____		_____	_____	_____
Obec	Stát	Dodatek adresy		
_____	_____	_____		
Začátek platnosti	Konec platnosti			
_____	_____			
<input type="checkbox"/> Změna diagnózy nemoci, která odůvodňuje dočasnou pracovní neschopnost				
Datum změny		Kód diagnózy		
_____		_____		
<input type="checkbox"/> Porušení režimu dočasné práce neschopného pojištěnce				
Poznámka _____				
<input type="checkbox"/> Propuštění dočasné práce neschopného pojištěnce/ošetřované osoby ze své péče				
Datum změny _____				
<input type="checkbox"/> Převzetí dočasné práce neschopného pojištěnce/ošetřované osoby z péče jiného ošetřujícího lékaře do své péče				
Datum změny		Jméno a příjmení lékaře		
_____		_____		
IČO předávajícího lékaře		IČZ předávajícího lékaře	IČPE předávajícího lékaře	
_____		_____	_____	
<input type="checkbox"/> Změna hospitalizace				
Začátek		Konec		
_____		_____		
¹⁾ Uveďte důvod vystavení tiskopisu v písemné podobě, jde-li o nemocenské _____				
²⁾ Rozhodnutí o potřebě dlouhodobé péče _____				
Razítko zdravotnického zařízení, jméno a podpis lékaře				

8 8 4 2 0 4 5 7 7 5				
ČSSZ - 89 608 6 I/2020				



Žádost ošetřujícího lékaře o udělení souhlasu ke zpětnému uznání dočasné pracovní neschopnosti

- interaktivní formulář na ePortálu CSSZ (e-papír ISDS)
- Aplikace eNeschopenka umožní kliknutím na příslušné tlačítko jeho pořízení

Evidenční štítek	Žádost ošetřujícího lékaře o udělení souhlasu ke zpětnému uznání DPN (§ 57 odst. 3 věta první zákona č. 187/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů)			
Orgán nemocenského pojištění		Číslo rozhodnutí o DPN		
Místně příslušná OSSZ/PSSZ/MSSZ Bmo				
A. Identifikace lékaře				
Příjmení	Jméno	IČZ lékaře	IČPE	
Název zdravotnického zařízení		IČO		
Ulice	Číslo domu	Obec	PSČ	Stát
E-mail	Telefon	ID Datové schránky		
B. Pojištěnec				
Příjmení	Jméno	Datum narození	Rodné číslo ¹⁾	
C. Žádost ošetřujícího lékaře				
Tímto žádám o udělení souhlasu k uznání dočasné pracovní neschopnosti za dobu delší než 3 kalendářní dny přede dnem, v němž jsem dočasnou pracovní neschopnost zjistil, a to ode dne				
Důvod žádosti				
<input type="checkbox"/> Lékařská zpráva ošetřujícího lékaře ²⁾				
<input type="checkbox"/> Propouštěcí zpráva z hospitalizace ²⁾				
<input type="checkbox"/> Jiné - prosíme uvést ²⁾				
Stanovisko OSSZ				
Souhlas se uděluje ²⁾ <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne				
Jméno posuzujícího lékaře				
¹⁾ Nemí-li přiděleno rodné číslo, uvede se evidenční číslo pojištěnce nebo datum narození. ²⁾ Hodící se označte x.				
Počet elektronických příloh				
0				



Žádost o udělení souhlasu k povolení možnosti volit dobu vycházek podle aktuálního zdravotního stavu pojištěnce

- interaktivní formulář na ePortálu ČSSZ (e-papír ISDS)
- aplikace eNeschopenka umožní kliknutím na příslušné tlačítko jeho pořízení

Evidenční štětek	Žádost o udělení souhlasu k povolení možnosti volit dobu vycházek podle aktuálního zdravotního stavu pojištěnce (§ 56 odst. 6 věta třetí a čtvrtá zákona č. 187/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů)		
Orgán nemocenského pojištění		Číslo rozhodnutí o DPN	
Místně příslušná OSSZ/PSSZ/MSSZ Brno			
A. Identifikace lékaře			
Příjmení	Jméno	IČZ lékaře	IČPE
Název zdravotnického zařízení		IČO	
B. Pojištěnec			
Příjmení	Jméno	Datum narození	Rodné číslo ¹⁾
C. Žádost ošetřujícího lékaře			
Na základě žádosti dočasné práce neschopného pojištěnce tímto žádám o udělení souhlasu OSSZ k povolení, aby si pojištěnec volil dobu vycházek podle svého aktuálního zdravotního stavu, a to v období			
Od	Do		
Důvod žádosti			
Příloha - lékařská zpráva ošetřujícího lékaře.			
Stanovisko orgánu nemocenského pojištění			
Souhlas se uděluje ²⁾ <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne			
Od	Do		
Po uplynutí této doby je nutno znovu stanovit dobu vycházek, popř. podat novou žádost o udělení souhlasu OSSZ, jinak platí, že pojištěnec nemá stanoveny žádné vycházky.			
Jméno posuzujícího lékaře			
¹⁾ Není-li přiděleno rodné číslo, uvede se evidenční číslo pojištěnce nebo datum narození. ²⁾ Hodící se označte x.			
Poučení			
Ve výjimečných případech, kdy mimořádně náročný léčebný plán, probíhající intenzivní léčba, nepřetrživé vedlejší účinky léčby nebo celkově závažný zdravotní stav neumožňují pojištěnci, aby využil pevně stanovenou dobu vycházek, může ošetřující lékař povolit, aby si tento pojištěnec volil dobu vycházek podle svého aktuálního zdravotního stavu.			
Povolit, aby si pojištěnec volil dobu vycházek podle svého aktuálního zdravotního stavu, může ošetřující lékař na základě žádosti dočasné práce neschopného pojištěnce a po předchozím písemném souhlasu OSSZ. O udělení souhlasu OSSZ žádá ošetřující lékař.			
Vycházky v tomto režimu lze povolit nejvýše na dobu 3 měsíců; takto lze vycházky povolit i opakovaně.			
Počet elektronických příloh			



Žádost ošetřujícího lékaře o udělení souhlasu k uznání DPN v období 7 dnů po ukončení předchozí DPN orgánem nemocenského pojištění

- interaktivní formulář na ePortálu ČSSZ (e-papír ISDS)
- aplikace eNeschopenka umožní kliknutím na příslušné tlačítko jeho pořízení

Evidenční štítek

Žádost ošetřujícího lékaře o udělení souhlasu
k uznání DPN v období 7 dnů po ukončení předchozí
DPN orgánem nemocenského pojištění
(§ 57 odst. 5 zákona č. 187/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů)



Orgán nemocenského pojištění

Místně příslušná OSSZ/PSSZ/MSSZ Brno

A. Identifikace lékaře

Příjmení	Jméno	IČZ lékaře	IČPE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Název zdravotnického zařízení		IČO	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

B. Pojištěnec

Příjmení	Jméno	Datum narození	Rodné číslo ¹⁾
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

C. Žádost ošetřujícího lékaře

Tímto žádám o udělení souhlasu k uznání DPN u výše uvedeného pojištěnce pro nemoc, která je shodná nebo obdobná s nemocí u předchozí DPN ukončené rozhodnutím orgánu nemocenského pojištění a DPN má být uznána v období 7 dnů po ukončení této předchozí DPN. Současně se nejedná o akutní vzplanutí těžké nemoci.

Číslo rozhodnutí o DPN ukončené rozhodnutím orgánu nemocenského pojištění

Důvod žádosti

Přílohy

- Lékařská zpráva ošetřujícího lékaře ²⁾
- Propouštěcí zpráva z hospitalizace ²⁾
- Jiné - prosíme uvést ²⁾

D. Datum, podpis a razítko

.....
Datum, razítko poskytovatele zdravotních služeb,
jmenovka a podpis ošetřujícího lékaře

Stanovisko OSSZ

Souhlas se uděluje ²⁾ ano ne

Jméno posuzujícího lékaře

¹⁾ Nemá-li přiděleno rodné číslo, uvede se evidenční číslo pojištěnce nebo datum narození.

²⁾ Hodící se označte x.

Počet elektronických příloh



Žádost práce neschopného pojištěnce o udělení souhlasu ke změně pobytu v době DPN z důvodu pobytu v cizině

- interaktivní formulář na ePortálu ČSSZ (e-papír ISDS)
- dle nové právní úpravy zasílá tuto žádost lékař
- aplikace eNeschopenka umožní kliknutím na příslušné tlačítko jeho porřízení

Evidenční štetk	Žádost práce neschopného pojištěnce o udělení souhlasu ke změně pobytu v době DPN z důvodu pobytu v cizině (dle § 56 odst. 3 věty třetí zákona č. 187/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů)				
Orgán nemocenského pojištění	Číslo rozhodnutí o DPN				
Místně příslušná OSSZ/PSSZ/MSSZ Brno					
A. Základní identifikace					
Příjmení	Jméno	Datum narození	Rodné číslo ¹⁾		
B. Ošetřující lékař					
Příjmení	Jméno	ICZ lékaře	IČPE		
Název zdravotnického zařízení			IČO		
C. Žádost pojištěnce					
Tímto žádám o udělení souhlasu ke změně pobytu v době DPN z důvodu pobytu v cizině					
Od		Do			
Důvod žádosti					
<input type="checkbox"/> Lékařská zpráva ošetřujícího lékaře ²⁾					
<input type="checkbox"/> Jiné - prosíme uvést ²⁾					
D. Adresa pobytu v cizině					
Ulice		Číslo domu	Obec	PSC	Stát
Stanovisko orgánu nemocenského pojištění					
Souhlas se uděluje ³⁾ <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne					
Jméno posuzujícího lékaře					
<small>¹⁾ Není-li přiděleno rodné číslo, uveďte se evidenční číslo pojištěnce nebo datum narození. ²⁾ Vyplní pojištěnec pouze v případě, není-li adresa v době dočasné pracovní neschopnosti shodná s adresou bydliště v části A. Základní informace. ³⁾ Hodící se označte x.</small>					
Počet elektronických příloh					



ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ LÉKAŘ

Žádost o přidělení/ukončení platnosti identifikačního čísla pracoviště pro elektronická podání (ICPE) pro účely eNeschopenky

- interaktivní formulář na ePortálu ČSSZ (e-papír ISDS)
- Poskytovatel zdravotních služeb (PZS) může za pomoci tiškopisu požádat o přidělení dalšího ICPE pro svá pracoviště nebo pro jednotlivé lékaře.
- PZS by měl požádat o ICPE pro svá pracoviště pokud:
 - pracoviště sídlí a vykonává činnost v obvodu jiné OSSZ než je sídlo poskytovatele zdravotních služeb
 - má více pracovišť, která sídlí a vykonávají činnost v obvodu několika různých OSSZ
- Při rušení pracoviště nebo odchodu lékaře, kteří používají samostatné ICPE, se formulářem žádá o ukončení tohoto ICPE.

Žádost o přidělení/ukončení platnosti identifikačního čísla pracoviště pro elektronická podání (ICPE) pro účely eNeschopenky			
Adresát:	Kód OSSZ aut. vyplnění	Místně příslušná OSSZ/PSSZ/MSSZ Br číselník	
A. Základní identifikace poskytovatele zdravotních služeb			
Název	Identifikační číslo (IČO)		kontrola
Poskytovatel zdravotních služeb žádá o:			
<input checked="" type="checkbox"/>	Přidělení ICPE	<input type="checkbox"/>	Ukonč. platnosti ICPE
A.1 Určení pracoviště/lékaře pro přidělení ICPE			
<input checked="" type="checkbox"/>	Přidělení ICPE pro pracoviště	<input type="checkbox"/>	Přidělení ICPE pro lékaře
A.1.1 Základní identifikace pracoviště			
Název pracoviště (ambulance, oddělení či jiného pracoviště)	Identifikační číslo pracoviště (IČP)		
Odbornost výběr z číselníku	Identifikační číslo pracoviště pro elektronická podání (ICPE) - vyplní příslušná OSSZ/PSSZ/MSSZ Brno needitovatelné pole		
Sídlo: Ulice	Číslo popisné kontroly	Číslo orientační nebo evidenční kontroly	
Obec	Část obce	PSČ / Post Code CR/kontroly	Okres číselník
Identifikace lékaře, který bude zasílat elektronická podání za pracoviště (pod ICPE pracoviště)			
Příjmení	Jméno	Titul	Rodné číslo kontroly
E-mailová adresa *	Telefon *		
kontrola na standardy e-mailové adresy			
* Poskytnuté údaje budou zpracovávány za účelem možnosti přímé komunikace ze strany OSSZ s lékařem v souvislosti s administrací dočasných pracovních neschopností			<input type="button" value="Přidat dalšího lékaře"/> +
<input type="button" value="Požádat o další ICPE"/> +			
A.1 Určení pracoviště/lékaře pro přidělení ICPE			
<input type="checkbox"/>	Přidělení ICPE pro pracoviště	<input checked="" type="checkbox"/>	Přidělení ICPE pro lékaře
A.1.2 Základní identifikace lékaře			
Příjmení	Jméno	Titul	Rodné číslo kontroly
Odbornost výběr z číselníku	Identifikační číslo pracoviště pro elektronická podání (ICPE) - vyplní příslušná OSSZ/PSSZ/MSSZ Brno needitovatelné pole		
Sídlo:			



Pověření/zrušení pověření lékaře k elektronické komunikaci za poskytovatele zdravotních služeb prostřednictvím aplikace eNeschopenka (ePortál ČSSZ)

- interaktivní formulář na ePortálu ČSSZ (e-papír ISDS)
- PZS může za pomoci tiskopisu oznámit pověření konkrétního lékaře k elektronickým podáním vztahujícím se k rozhodnutí o pracovní neschopnosti anebo jeho pověření zrušit.
- Vyplněný tiskopis bude po odeslání zaevidován v ESS, následně se vytvoří nebo zruší přístup do aplikace eNeschopenka na ePortálu ČSSZ.

povinný údaj		nepovinný údaj	
Pověření/zrušení pověření lékaře k elektronické komunikaci za poskytovatele zdravotních služeb prostřednictvím aplikace eNeschopenka (ePortál ČSSZ)			
Adresát:	Kód OSSZ aut. vyplnění	Místně příslušná OSSZ/PSSZ/MSSZ Brno číselník	
A. Základní identifikace poskytovatele zdravotních služeb			
Název	Identifikační číslo (IČO) kontrola		
B. Základní identifikace lékaře			
Příjmení	Jméno	Titul	Rodné číslo kontroly
E-mailová adresa * kontrola na standardy e-mailové adresy		Telefon * kontrola na standardy e-mailové adresy	
* Poskytnuté údaje budou zpracovávány za účelem možnosti přímé komunikace ze strany OSSZ s lékařem souvislosti s administrací dočasných pracovních neschopností			
Pověření/zrušení pověření lékaře			
Identifikační číslo pracoviště pro elektronická podání (IČPE)		Název pracoviště	
<input type="checkbox"/> Výše uvedený lékař je pověřen pod výše uvedenými IČPE přistupovat do aplikace eNeschopenka na ePortálu ČSSZ a činit podání související s administrací dočasných pracovních neschopností			
<input type="checkbox"/> Pověření výše uvedeného lékaře k přístupu do aplikace eNeschopenka na ePortálu ČSSZ pod výše uvedenými IČPE se ruší			
Přidat dalšího lékaře			
C. Datum vyplnění			
V	dne	kalendář	
Podpis			



Oznámení poskytovatele zdravotních služeb o používání kvalifikovaných elektronických podpisů jeho lékaři

- interaktivní formulář na ePortálu ČSSZ (e-papír ISDS)
- elektronický podpis lékaře může být využíván pro ověření identity osoby odesílající podání z lékařského SW, pokud poskytovatel zdravotních služeb sdělí ČSSZ, že jeho lékaři budou podání elektronicky podepisovat.
- připojení uznávaného elektronického podpisu se v takovém případě stane povinnou náležitostí elektronických podání pod všemi přidělenými ICPE daného poskytovatele zdravotních služeb.
- Podání bez uznávaného elektronického podpisu budou odmítána.

	povinný údaj	nepovinný údaj
Oznámení poskytovatele zdravotních služeb o používání kvalifikovaných elektronických podpisů jeho lékaři		
Adresát:	Kód OSSZ aut. vyplnění	Místně příslušná OSSZ/PSSZ/MSSZ Brn i číselník
A. Základní identifikace poskytovatele zdravotních služeb		
Název		Identifikační číslo (IČO) kontrola
Poskytovatel zdravotních služeb oznamuje České správě sociálního zabezpečení, že elektronická podání ve věcech dočasné pracovní neschopnosti budou opatřována uznávaným elektronickým podpisem vystavujícího lékaře.		
Připojení uznávaného elektronického podpisu se v takovém případě stane povinnou náležitostí elektronických podání pod všemi přidělenými ICPE daného poskytovatele zdravotních služeb. Poskytovatel zdravotních služeb si je vědom, že podání bez uznávaného elektronického podpisu budou odmítána.		
B. Datum vyplnění		
V		dne kalendář
		Podpis



ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ ZAMĚSTNAVATEL

Příloha k žádosti o dávku

- Doplněn způsob výplaty mzdy (účet, adresa, hotovost)
- zaměstnavatel elektronicky zasílá příslušné OSSZ
- papírový tiskopis – v případech techn. výpadků

c) Zaměstnanec pobírá nepobírá ^{*)} důchod (uveďte druh důchodu) _____

d) Zaměstnanec je není ^{*)} žákem (studentem) a zaměstnání spadá nespadá ^{*)} výlučně do období školních prázdnin

e) V době vzniku sociální události zaměstnanec má nemá ^{*)} zaměstnání sjednáno jen na dobu dovolené z jiného zaměstnání (§ 28 odst. 2 zákona č. 187/2006 Sb.)

f) V době vzniku dočasné pracovní neschopnosti, potřeby ošetřování (péče) nebo potřeby dlouhodobé péče má nemá ^{*)} zaměstnanec pracovní volno bez náhrady příjmu, včetně rodičovské dovolené od _____ do _____

g) Pojišťovna nastupuje nenastupuje na peněžitou pomoc v mateřství do čtyř let věku předchozího dítěte, které se narodilo dne _____

h) Před vznikem sociální události pojišťovna byla nebyla ^{*)} převedena dne _____ na jinou práci z důvodu těhotenství ^{*)}

i) Proti zaměstnanci je není ^{*)} nařízen výkon rozhodnutí o exekuce srážkami ze mzdy nebo zaměstnanec je není ^{*)} v insolventci ^{*)}

j) Zaměstnanec je vyplácena mzda, plat nebo odměna
 na účet v ČR ^{*)}
Předčísíl _____ Číslo účtu _____ Kód banky _____ Specifický symbol _____

na účet u banky v cizině ^{*)}
IBAN _____ Číslo účtu _____ Název účtu příjemce _____
Název peněžního ústavu _____ Typ ID banky _____ ID kód banky _____
Ulice _____ Číslo domu _____ Obec _____ PSČ _____ Stát _____

poštovní poukázkou na adresu v ČR ^{*)}
Ulice _____ Číslo domu _____ Obec _____ PSČ _____

v hotovosti ^{*)}

k) Další sdělení (např. porušení režimu dočasné práce neschopného pojištěnce v době stanovené v § 192 zákona č. 262/2006 Sb.)

Prohlašujeme, že údaje v této příloze odpovídají skutečnosti a jsou ve shodě s účetními záznamy a doklady i se záznamy pracovními. Jsme si vědomi následků, které by měly nesprávnost údajů uvedených v této příloze, jakož i toho, že přeplatky, které by vznikly v důsledku nesprávného uvedení údajů, jsme povinni nahradit.

Kontaktní pracovník zaměstnavatele – Jméno a příjmení _____ Telefon _____
Kontaktní e-mail _____

Důvod vystavení Přílohy k žádosti o dávku v písemné formě:
(§ 97 odst. 7 zákona č. 187/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů)
V Dne
Razítko a podpis zaměstnavatele


Počet příloh _____

Poučení
Přílohu k žádosti o dávku s výjimkou nemocenského předkládá zaměstnavatel současně se žádostí zaměstnanec o dávku, kterou zaměstnanec uplatňuje nárok na dávku nemocenského pojištění nahrazující mzdu (tj. rozhodnutím o potřebě ošetřování (péče), žádostí o peněžitou pomoc v mateřství, žádostí o vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství, žádostí o otcovskou, žádostí o dlouhodobé ošetřování). Přílohu k žádosti o dávku pro výpočet nemocenského, včetně údaje o způsobu výplaty, platu nebo odměny zaměstnavatel zasílá neprocentně po uplynutí prvních 14 dnů trvání dočasné pracovní neschopnosti. Tato povinnost vyplývá z ustanovení § 97 zákona č. 187/2006 Sb.

^{*)} Hodící se označte x.
^{*)} Vysvětlivky k vyplnění tiskopisu Přílohy k žádosti o dávku nemocenského pojištění jsou k dispozici na <https://portal.cssz.cz> v sekci Tiskopisy či na vyžádání na OSSZ/PSSZ/MSSZ Brno.

OSSZ/PSSZ/MSSZ Brno vyžaduje a zpracovává osobní údaje v souladu s právními předpisy pro ochranu osobních údajů a pouze k legitimním účelům. Více informací naleznete na <https://www.cssz.cz/gdp.htm>.

strana 2
CSSZ – 89 621 16
I/2020





Hlášení zaměstnavatele/osoby dobrovolně nemocensky pojištěné při ukončení DPN

- údaje z V. dílu současného RDPN
- zasílá se příslušné OSSZ
- při ukončení DPN je povinné
- není povinnost zasílat elektronicky

Evidenční štítek	Hlášení zaměstnavatele / osoby dobrovolně nemocensky pojištěné při ukončení pracovní neschopnosti (§ 97 / § 103 odst. 1 písm. b) zákona č. 187/2006 Sb.)				
<input type="checkbox"/> Hlášení zaměstnavatele		<input type="checkbox"/> Hlášení osoby dobrovolně nemocensky pojištěné			
Místně příslušná OSSZ/PSSZ/MSSZ Brno				Číslo rozhodnutí o DPN	
A. Identifikace pojištěnce					
Příjmení	Jméno	Titul	Datum narození	Rodné číslo ¹⁾	
B. Identifikace zaměstnavatele					
Název					
IČ					
VS					
C. Hlášení zaměstnavatele					
Zaměstnanec začal vykonávat zaměstnání ²⁾ <input type="checkbox"/> ano dne					
<input type="checkbox"/> ne z důvodu					
Poslední den pracovní neschopnosti zaměstnanec odpracoval					
Pracovní doba, která připadala na poslední den pracovní neschopnosti podle rozvrhu směn zaměstnance, činila					
Pokud zaměstnanec v době dočasné pracovní neschopnosti vykonával práci, uveďte ve kterých dnech:					
Datum, razítko a podpis zaměstnavatele					
D. Hlášení osoby dobrovolně nemocensky pojištěné					
Opětovně jsem začal vykonávat pojištěnou činnost dne					
V době dočasné pracovní neschopnosti jsem vykonával pojištěnou činnost ve dnech:					
Datum a podpis osoby dobrovolně nemocensky pojištěné					
<small>1) Není-li přiděleno rodné číslo, uveďte se evidenční číslo pojištěnce. 2) Doplňte jednu z možností dle skutečného stavu. 3) Vyplní se, pokud zaměstnanec poslední den pracovní neschopnosti pracoval.</small>					





ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ ZAMĚSTNAVATEL

Žádost zaměstnavatele o zaslání/zrušení zaslání informací o dočasných pracovních neschopnostech (DPN) jeho zaměstnanců

- Zaměstnavatel může za pomoci tiskopisu požádat o zaslání notifikací – sdělování údajů o DPN jeho zaměstnanců a určit způsob jejich zaslání do datové schránky nebo na e-mail.
- Stejným tiskopisem může zaměstnavatel požádat i o zrušení těchto notifikací.
- Vyplněný tiskopis bude po odeslání zaevidován v ESS a příslušná OSSZ následně zadá požadavek na zaslání /zrušení zaslání notifikací do systému eNeschopenky.

Žádost zaměstnavatele o zaslání/zrušení zaslání informací o dočasných pracovních neschopnostech (DPN) jeho zaměstnanců			
Adresát:	Kód OSSZ aut. doplnění	Místně příslušná OSSZ/PSSZ/MSSZ Brno číselník	i
A. Základní identifikace zaměstnavatele			
Vystupuji jako: <input type="checkbox"/> Právníká osoba (PO) <input type="checkbox"/> Fyzická osoba (FO)			
A.1 Základní identifikace zaměstnavatele (PO)			
Název subjektu			
Identifikační číslo kontroly	Stát, který IČ vydal číselník		
A.2 Základní identifikace zaměstnavatele (FO)			
Příjmení	Jméno	Rodné číslo kontroly	Datum narození doplní se z RČ nebo kalendář
Identifikační číslo kontroly	Stát, který IČ vydal číselník		
A.3 Žádost zaměstnavatele			
<input checked="" type="checkbox"/> o zaslání informací <input type="checkbox"/> o zrušení zaslání informací			
Variabilní symbol výber všech VS/kontro			
Na základě § 116 a § 116a zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů, žádám o zaslání informací o DPN mých zaměstnanců přihlášených pod výše uvedeným variabilním symbolem následujícím způsobem:			
<input type="checkbox"/> Do datové schránky			
ID	přidat další DS +		
<input type="checkbox"/> Na e-mailovou adresu (u této volby lze zasílat pouze obecnou informaci, konkrétní údaje k DPN zaměstnance jsou přístupné na ePortálu ČSSZ)			
1.	přidat další adresu +		
Opakovat sekci A.3, aby zaměstnavatel mohl provést volby pro další jeho VS. +			
A.3 Žádost zaměstnavatele			
<input type="checkbox"/> o zaslání informací <input checked="" type="checkbox"/> o zrušení zaslání informací			
Variabilní symbol			



- **Oznámení o pověření k eSlužbám ČSSZ (pro pověřenou osobu)**
- **Pověření k eSlužbám ČSSZ (zaměstnavatel pověřuje fyzickou osobu)**
- **Pověření k eSlužbám ČSSZ (zaměstnavatel pověřuje právnickou osobu)**
- **Sdělení zaměstnavatele o pověření zaměstnanců k eSlužbám ČSSZ**

Změny:

U uvedených formulářů bude v části *„Tiskopisy/služby e-Podání pro zaměstnavatele a všechny nezbytné úkony s tím související“* vedle dosud uvedeného formuláře NEMPRI uveden ještě nový formulář HZUPN, aby stejné oprávnění platilo pro oba tiskopisy (oběma se předávají skutečnosti související s výplatou dávek nemocenského pojištění).

V části *„Služby ePortálu pro zaměstnavatele“* bude doplněna část týkající se žádosti o zasílání informací o DPN pomocí VREP/APEP (připravovaná služba DZDPN).

Možnost jedním kliknutím zatrhnout všechny služby.



Žádost o změnu způsobu výplaty při DPN


- nepovinný interaktivní tiskopis pro pojištěnce
- nebude tištěn v papírové podobě

Evidenční šteček	Žádost o změnu způsobu výplaty při dočasné pracovní neschopnosti (§ 110 odst. 5 zákona č. 187/2006 Sb.)			
Místně příslušná OSSZ/PSSZ/MSSZ Bmo	Číslo rozhodnutí o DPN			
A. Identifikace pojištěnce				
Příjmení	Jméno	Titul	Datum narození	Rodné číslo ¹⁾
B. Žádost o změnu způsobu výplaty nemocenského				
Nemocenské žádám vyplácet následujícím způsobem ²⁾				
<input type="checkbox"/> Poukazáním na účet v ČR				
Předčíslí	Číslo účtu	Kód banky	Specifický symbol	
<input type="checkbox"/> Poukazáním na účet u banky v zahraničí				
IBAN	Číslo účtu	Název účtu příjemce		
Název banky v zahraničí			Typ ID banky	ID kód banky
Ulice	Číslo domu	Obec	PSČ	Stát
<input type="checkbox"/> Poštovní poukázkou na adresu v ČR				
Ulice	Číslo domu	Obec	PSČ	
Datum a podpis pojištěnce				
Upozornění				
Nemocenské se poukazuje na účet příjemce dávky u peněžního ústavu v České republice. Uveďte též specifický symbol, je-li k Vašemu číslu účtu přidělen.				
Na žádost pojištěnce se nemocenské vyplácí v hotovosti prostřednictvím držitele poštovní licence, tj. poštovní poukázkou. V případě výplaty dávky v hotovosti poštovní poukázkou hradí náklady za doručení příjemce nemocenského.				
Na základě žádosti pojištěnce se nemocenské vyplácí do ciziny jen na účet pojištěnce u banky v cizině. Náklady této výplaty platí příjemce nemocenského. V tomto případě je třeba uvést číslo účtu ve tvaru IBAN, název účtu příjemce, název, adresu a stát banky v cizině, Id kód banky a typ Id banky (např. BIC SWIFT kód).				
<small>1) Nemí-li přiděleno rodné číslo, uveďte se evidenční číslo pojištěnce. 2) Hodící se označte x a případně doplňte další údaje.</small>				



Záznam o úrazu

- změna na ePapír s možností elektronického odeslání
- jinak oproti současnému stavu beze změn
- pokud DPN vznikla následkem úrazu, je třeba, aby pojištěnec doložil, za jakých okolností došlo ke vzniku pracovní neschopnosti

Evidenční štětek		Záznam o úrazu	
A. Základní identifikace			
Příjmení	Jméno	Datum narození	Rodné číslo ¹⁾
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B. Úraz - nemocenské			
Podle rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti č. <input type="text"/> jste byl/a uznán/a dne <input type="text"/>			
dočasné práce neschopným/ou pro úraz.			
K přiznání a poskytování nemocenského při dočasné pracovní neschopnosti pro úraz je třeba, aby zaměstnanec osvědčil, jak k úrazu došlo, zejména, že tato neschopnost nevzniká z důvodů uvedených v § 25 písm. a) a § 31 zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění. Bez tohoto záznamu o úrazu chybí podklady k rozhodnutí o nemocenském.			
Žádáme proto, abyste vyplnil/a níže uvedený tiskopis a vrátil/a jej neprodleně ve vlastním zájmu příslušné OSSZ/PSSZ/MSSZ Bmo.			
..... Razítko a podpis OSSZ/PSSZ/MSSZ Brno			
C. Záznam o úrazu			
Údaje o úrazu			
<input type="text"/>			
Den úrazu	Hodina úrazu	Místo úrazu	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Stručné vylíčení všech rozhodných skutečností, za kterých došlo k úrazu, příčina úrazu			
<input type="text"/>			
Úraz vznikl			
- v úmyslu způsobit si dočasnou pracovní neschopnost	<input type="checkbox"/> ano ²⁾	<input type="checkbox"/> ne ²⁾	
- zaviněnou účastí ve rvačce	<input type="checkbox"/> ano ²⁾	<input type="checkbox"/> ne ²⁾	
- jako bezprostřední následek opilosti nebo zneužití omamných či psychotropních látek	<input type="checkbox"/> ano ²⁾	<input type="checkbox"/> ne ²⁾	
- při spáchání úmyslného trestného činu nebo úmyslně zaviněného přestupku	<input type="checkbox"/> ano ²⁾	<input type="checkbox"/> ne ²⁾	
V kladném případě uveďte další okolnosti			
<input type="text"/>			
Úraz byl			
- vyšetřován Policíí ČR	<input type="checkbox"/> ano ²⁾	<input type="checkbox"/> ne ²⁾	
- řešen jako přestupek	<input type="checkbox"/> ano ²⁾	<input type="checkbox"/> ne ²⁾	
V kladném případě kým			
<input type="text"/>			
Prohlašuji, že veškeré údaje uvedené v záznamu jsou pravdivé. Jsem si vědom/a následků, které by měla nesprávnost tohoto prohlášení.			
V Dne			
..... Vlastnoruční podpis zraněného zaměstnance/kyně			
¹⁾ Nemí-li přiděleno rodné číslo, uveďte se evidenční číslo pojištěnce nebo datum narození.			
²⁾ Hodící se označte x.			
 8 5 8 7 1 6 7 6 6 4			
ČSSZ – 89 549 5 III/2016			



ČESKÁ SPRÁVA
SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ

Řešení eNeschopenky - přehled formulářů

Děkuji za pozornost.