

Žiadosť iného poistenca o materské

Iný poistenec, ktorý si uplatňuje nárok na materské:

MICHAL SABO

Meno a priezvisko poistenca (povinné pole)

890715/7611

Rodné číslo/dátum narodenia u cudzinca (povinné pole)

A. Ako otec dieťaťa/detí do šiestich týždňov odo dňa pôrodu si uplatňujem nárok na materské (otcovské) od do (spravidla najneskôr do šiestich týždňov odo dňa pôrodu) v súvislosti so starostlivosťou o dieťa/deti (najviac v rozsahu 14 dní)

meno, priezvisko, rodné číslo dieťaťa (u cudzinca dátum narodenia)

meno, priezvisko, rodné číslo dieťaťa (u cudzinca dátum narodenia)

meno, priezvisko, rodné číslo dieťaťa (u cudzinca dátum narodenia)

Žiadam o predĺženie šesť týždňového podporného obdobia z dôvodu, že dieťa menom

bolo v období šesť týždňov odo dňa pôrodu v ústavnej starostlivosti zdravotníckeho zariadenia z dôvodu nepriaznivého zdravotného stavu na strane dieťaťa alebo jeho matky (mimo štandardnej dĺžky popôrodnej starostlivosti) od do (lekársku správu/potvrdenie lekára prikladám).

Ak nežiadate o predĺženie podporného obdobia túto časť nevyplňajte.

B. Ako iný poistenec si uplatňujem nárok na materské od 01.03.2025 , t. j. odo dňa, od ktorého sa starám o dieťa/deti, najneskôr do dovŕšenia troch rokov veku dieťaťa

TEODOR SABO r.c: 2209303723

meno, priezvisko, rodné číslo dieťaťa (u cudzinca dátum narodenia)

meno, priezvisko, rodné číslo dieťaťa (u cudzinca dátum narodenia)

meno, priezvisko, rodné číslo dieťaťa (u cudzinca dátum narodenia)

Potvrdenie zamestnávateľa:

Otcovská dovolenka / Rodičovská dovolenka / Materská dovolenka poskytnutá

od do

Naposledy pracoval dňa

Dátum:

Odtlačok pečiatky a podpis zamestnávateľa

Časť A vyplní otec dieťaťa, ktorý si uplatňuje nárok na tzv. otcovské.

Časť B vyplní iný poistenec, ktorý žiada o materské.

Bližšie informácie o nároku na dávky a lehotník na výplatu dávok sú k dispozícii na webovej stránke Sociálnej poisťovne.

Poučenie: Ak dôjde k zmene skutočností uvedených v tejto žiadosti, je potrebné podať novú Žiadosť iného poistenca o materské. Podanie novej žiadosti nebude mať vplyv na začiatok konania o nároku na materské (konanie sa začína na základe pôvodnej žiadosti).

Vyhlasenie poistenca**Meno a priezvisko poistenca** (povinné pole) **MICHAL SABO**

Korešpondenčná adresa (ak je iná ako adresa trvalého pobytu)

Telefónne číslo alebo e-mail kontakt (nepovinné) **+421 949 820 869, michal.sabo89@gmail.com**

Nárok na materské a nárok na jeho výplatu si uplatňujem odo dňa uvedeného na prvej strane tejto žiadosti. Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti sú pravdivé. Som si vedomý povinnosti, nahlásiť všetky skutočnosti ovplyvňujúce nárok na materské, najmä skoršie ukončenie otcovskej / rodičovskej dovolenky / materskej dovolenky, resp. ukončenie starostlivosti o dieťa z iného dôvodu.

Poistný vzťah, z ktorého si uplatňujem nárok na materské* zamestnanec (uviesť názov zamestnávateľa) povinne nemocensky poistená samostatne zárobkovo činná osoba dobrovoľne nemocensky poistená osobaNárok na materské si uplatňujem* / neuplatňujem* aj z iného nemocenského poistenia.

V prípade, ak si chce poistenec uplatniť nárok na materské z viacerých nemocenských poistení, z každého nemocenského poistenia musí podať osobitnú žiadosť.

Žiadam zohľadniť dobu nemocenského poistenia získanú v členskom štáte EÚ, štáte EHP, Švajčiarskej konfederácii, Spojenom kráľovstve Veľkej Británie a Severného Írska alebo v zmluvnom štáte v posledných dvoch rokoch pred dňom, od ktorého si uplatňujem nárok na materské.

Uvedte názov inštitúcie, v ktorej ste boli nemocensky poistený na účely peňažnej dávky v materstve

Adresa inštitúcie: ulica

číslo

PSČ

mesto

štát

Materské žiadam vyplatiť* **na účet vo formáte (IBAN)****SK44 1100 0000 0029 1664 2563**

Doplňujúce údaje (iba pri zahraničnom účte, inak nevypĺňať)

SWIFT kód banky

Úplný názov banky

Adresa banky (ulica, číslo, PSČ, mesto a štát)

 v hotovosti na adresu (ulica, číslo, PSČ, mesto)

Dávka sa poukazuje na účet v banke alebo pobočke zahraničnej banky uvedený v žiadosti alebo v hotovosti na adresu uvedenú v žiadosti. Ak nie je uvedené v žiadosti číslo účtu alebo adresa výplaty dávky, Sociálna poisťovňa vyplatí dávku na adresu trvalého pobytu poistenca prostredníctvom Slovenskej pošty, a. s.

Súhlasím, aby boli moje osobné údaje spracované v informačnom systéme Sociálnej poisťovne. Ak bude dávka vyplatená na adresu, súhlasím, aby Sociálna poisťovňa poskytovala Slovenskej pošte, a. s., moje osobné údaje. Som si vedomý, že som povinný preukázať všetky skutočnosti rozhodujúce na vznik, trvanie a zánik nároku na dávku, nároku na jej výplatu a sumu.

Svojím podpisom potvrdzujem úplnosť a pravdivosť údajov.

(Bez podpisu poistenca a bez uvedenia dňa, od ktorého si uplatňuje nárok na materské, bude konanie o materskom prerušené.)

Dátum:

Podpis poistenca

*Vyhovujúce označte x.