

PRIZNANIE PEŇAŽNÝCH DÁVOK V PRÍPADE MATERSTVA A PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI

Nariadenie (EHS) č. 1408/71: článok 19 ods. 1 písm. b); článok 22 ods. 1 písm. a) bod ii); článok 25 ods. 1 písm. b); článok 52 písm. b); článok 55 ods. 1 písm. a) bod ii)

Nariadenie (EHS) č. 574/72: článok 18 ods. 6 a ods. 8; článok 24; článok 26 ods. 7; článok 61 ods. 6 a ods. 8; článok 64

Príslušná inštitúcia vyplní tento formulár a zašle ho inštitúcii v mieste bydliska alebo pobytu. Príslušná inštitúcia by mala tiež pracovníka informovať, či peňažné dávky vypláca inštitúcia v mieste bydliska.

Tento formulár vyplňte tlačným písmom a píšete iba do vybodkovaných riadkov. Formulár tvoria dve strany.

1.	Inštitúcia v mieste bydliska alebo pobytu
1.1	Názov:
1.2	Identifikačné číslo inštitúcie:
1.3	Adresa:

2. S odvolaním sa na váš formulár E 115, zaslaný dňa (dátum)

3.	<input type="checkbox"/> Zamestnanec	<input type="checkbox"/> Samostatne zárobkovo činná osoba	<input type="checkbox"/> Nezamestnaný
3.1	Priezvisko/á ⁽²⁾ :	Rodné priezvisko/á, ak sa odlišuje/ú:	
3.2	Meno/á:	Dátum narodenia:	
3.3	Adresa v štáte bydliska alebo pobytu:		
3.4	Osobné identifikačné číslo:		

4. Osoba uvedená v tabuľke 3

4.1 má dočasne nárok na poberanie peňažných dávok
od do, s možnosťou predĺženia

4.2 nemá nárok na peňažné dávky
Dôvod: pozri priložený formulár E 118

4.3 už nemá nárok na peňažné dávky od (dátum)
Dôvod: pozri priložený formulár E 118

5. Tieto dávky bude vyplácať⁽³⁾

5.1 naša inštitúcia

5.2 vaša inštitúcia v mene našej inštitúcie⁽⁴⁾

5.3 zamestnávateľ⁽⁵⁾
od do⁽⁶⁾

6.	⁽⁷⁾ ⁽⁸⁾
6.1	Príspevok sa bude vyplácať za každý deň v týždni okrem <input type="checkbox"/> pondelka <input type="checkbox"/> utorka <input type="checkbox"/> stredy <input type="checkbox"/> štvrtka <input type="checkbox"/> piatka <input type="checkbox"/> soboty <input type="checkbox"/> nedele
6.2	Čistá výška tohto príspevku na deň je ⁽⁹⁾ ak sa poistenec nenachádza v zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti ⁽⁹⁾ ak sa poistenec nachádza v zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti
6.3	<input type="checkbox"/> Ak sa príspevok vypláca mesačne, poskytnete sa za 30 dní bez zreteľa na počet dní v danom mesiaci

7. Čo najskôr nás informujte o výsledku
- 7.1 vyšetrenia⁽¹⁰⁾:
- 7.2 administratívnych kontrol:
- 7.3 ďalšieho lekárskeho vyšetrenia, ktoré sa pravdepodobne vykoná (dátum)

8. Príslušná inštitúcia

8.1 Názov:

8.2 Identifikačné číslo inštitúcie:

8.3 Adresa:

8.4 Pečiatka

8.5 Dátum:

8.6 Podpis:

POZNÁMKY

- (¹) Symbol štátu, do ktorého patrí inštitúcia vyplňajúca formulár: BE = Belgicko; CZ = Česká republika; DK = Dánsko; DE = Nemecko; EE = Estónsko; GR = Grécko; ES = Španielsko; FR = Francúzsko; IE = Írsko; IT = Taliansko; CY = Cyprus; LV = Lotyšsko; LT = Litva; LU = Luxembursko; HU = Maďarsko; MT = Malta; NL = Holandsko; AT = Rakúsko; PL = Poľsko; PT = Portugalsko; SI = Slovinsko; SK = Slovensko; FI = Fínsko; SE = Švédsko; UK = Spojené kráľovstvo; IS = Island; LI = Lichtenštajnsko; NO = Nórsko; CH = Švajčiarsko.
- (²) Uvedte všetky priezviská v poradí podľa preukazu totožnosti.
- (³) Nevypĺňajú nezamestnaní, pre ktorých bol vydaný formulár E 119.
- (⁴) Príslušná inštitúcia tu môže uviesť spôsob vyplácania.
- (⁵) Ak je tento formulár určený francúzskej, poľskej, talianskej alebo maďarskej inštitúcii, tento štvorček nie je potrebné označiť.
- (⁶) Vypĺňajú dánske, nemecké, luxemburské, poľské, maďarské alebo slovenské inštitúcie.
- (⁷) Vypĺňajú nemecké, luxemburské, poľské, slovenské a španielske inštitúcie.
- (⁸) Vyplňte iba v prípade uvedenom v bode 5.2.
- (⁹) Uvedte sumu v národnej mene.
- (¹⁰) Uvedte, o aký druh lekárskeho vyšetrenia žiadate (röntgen, laboratórny rozbor atď).