

ŽIADOSŤ O PRIZNANIE TEHOTENSKÉHO ŠTIPENDIA

1. INFORMÁCIE O ŽIADATEĽKE	
Meno a priezvisko:	
Dátum narodenia:	
Adresa trvalého bydliska:	
Číslo účtu v SR v tvare IBAN:	

2. INFORMÁCIE O ŠKOLE, KTORÚ ŽIADATEĽKA NAVŠTEVUJE:	
Názov školy:	
Sídlo školy:	
Riaditeľ:	

3. DOKLADY PRILOŽENÉ K ŽIADOSTI O PRIZNANIE TEHOTENSKÉHO ŠTIPENDIA	
1.	Lekárske potvrdenie o tom, že žiadateľke začal 27. týždeň pred očakávaným dňom pôrodu určený lekárom
2.	Potvrdenie Sociálnej poisťovne o tom, že žiadateľke nevznikol nárok na výplatu tehotenského

4. ZÁVÄZOK ŽIADATEĽKY	
<p>Dolu podpísaná žiadateľka, potvrdzujem svojím podpisom, že písomne ohlásim riaditeľovi školy všetky skutočnosti, ktoré by mohli mať vplyv na poskytovanie tehotenského štipendia, najmä skutočnosti uvedené v § 149a ods. 9 a 10 zákona č. 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, a to bezodkladne, najneskôr však do 10 pracovných dní odo dňa, kedy nastali.</p>	

V súlade so zákonom č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov, súhlasím so spracovaním osobných údajov v rozsahu nevyhnutnom na dosiahnutie účelu poskytovania tehotenského štipendia.

Dňa:

Podpis žiadateľky:

5. ČESTNÉ PREHLÁSENIE ŽIADATEĽKY

Dolu podpísaná žiadateľka čestne prehlasujem, že:

- všetky informácie uvedené v tejto žiadosti sú pravdivé,
- všetky údaje obsiahnuté v prílohách k tejto žiadosti o sú zhodné s údajmi uvedenými v tejto žiadosti .

V prípade, že mi bude priznané tehotenské štipendium, budem dodržiavať príslušné právne predpisy súvisiace s poskytovaním tehotenského štipendia a som si vedomá možných sankcií, ktoré vyplývajú z ich porušenia.

Dňa:

Podpis žiadateľky:

6. VYPLNÍ ŠKOLA

Dátum podania žiadosti:	
Školský rok:	
Výška poskytnutého štipendia:	
Prevzal (meno pracovníka):	

**POTVRDENIE O TOM, ŽE ZAČAL 27. TÝŽDEŇ PRED OČAKÁVANÝM DŇOM
PÔRODU URČENÝM LEKÁROM**

Meno a priezvisko pacientky:.....

Adresa trvalého pobytu:.....

Dátum narodenia:

Na základe lekárskeho vyšetrenia potvrdzujem, že menovanej pacientke začal 27. týždeň pred
očakávaným dňom pôrodu¹

Toto potvrdenie sa vydáva na žiadosť pacientky pre účely priznania tehotenského štipendia podľa
ust. § 149a zákona č. č. 245/2008 Zákon o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a
doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Dátum

odtlačok pečiatky
a podpis oprávneného lekára

¹ uviesť dátum začiatku 27. týždňa pred očakávaným dňom pôrodu určeným lekárom.

Príloha č. 2

POTVRDENIE SOCIÁLNEJ POISŤOVNE O TOM, ŽE NEVZNIKOL NÁROK NA VÝPLATU TEHOTENSKÉHO

Meno a priezvisko poistenkyne:.....

Adresa trvalého pobytu:.....

Dátum narodenia:

Potvrdzujem, že menovaná poistenkyňa nespĺňa podmienky nároku na tehotenské v zmysle ust. § 47a zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov.

Toto potvrdenie sa vydáva na žiadosť menovanej pre účely priznania tehotenského štipendia podľa ust. § 149a zákona č. č. 245/2008 Zákon o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Dátum

odtlačok pečiatky Sociálnej poisťovne
a podpis zodpovedného zamestnanca