

## **Žádost o výplatu náhrady výdajů a ušlého výdělku žijícího dárce orgánů**

V souladu s ustanovením § 28b, odst. 1, zákona č. 285/2002 Sb. (Transplantační zákon) žádám jako žijící dárce orgánů o výplatu náhrady účelně a prokazatelně vynaložených výdajů (náhrada výdajů) a rozdílu mezi ušlým výdělkem a obdrženou náhradou mzdy, platu nebo odměny a obdrženým nemocenským z nemocenského pojištění, který mi vznikl dočasnou pracovní neschopností v souvislosti s odběrem orgánu a poskytováním zdravotních služeb, které si tento odběr vyžádal (ušlý výdělek).

**Jméno a příjmení žadatele -  
žijícího dárce orgánů:** .....

**Rodné číslo (není-li, uveďte datum narození):** .....

**Místo trvalého pobytu:** .....  
(nebo jiná adresa pro doručování)

**Datum provedení odběru orgánu:** .....

**Název a adresa transplantačního centra,  
v němž byl proveden odběr:** .....

**Pracovní neschopnost související  
s odběrem v období od:** ..... **do:** .....

**Název a adresa poskytovatele zdravotních služeb,  
v jehož zdravotnickém zařízení byly poskytnuty  
zdravotní služby související s odběrem orgánu:** .....

**Záznamy KST:**  
(nevyplňuje žadatel)

**Žádost doručena na KST dne:** ..... **Podpis:** .....

**Jedinečné identifikační číslo dárce:** .....

**Kontrola údajů provedena dne:** ..... **Podpis:** .....

## Část A Náhrada výdajů

Výdaj za: .....

Odůvodnění: .....

Částka v Kč: .....

Přikládám originál dokladu o zaplacení  nebo Přikládám ověřenou kopii dokladu   
(zaškrtněte prosím podle toho, co přikládáte)

### Poučení k žádosti o výplatu náhrady výdajů žijícího dárce orgánů

- Nárok na náhradu výdajů vzniká osobě - žijícímu dárci orgánu k transplantaci.
- Nahrazují se pouze účelně a prokazatelně vynaložené výdaje, vzniklé v souvislosti s odběrem orgánu a poskytováním zdravotních služeb, které si tento odběr vyžádal.
- Příspěvek se vyplácí zpětně po předložení dokladu o zaplacení účelně vynaložených nákladů v originále nebo v ověřené kopii.
- Nárok na náhradu výdajů se netýká dopravy. Přeprava žijícího dárce (i) do místa odběru, (ii) z tohoto místa do místa poskytnutí zdravotní péče související s odběrem, (iii) dopravu z tohoto místa a (iv) náhradu cestovních nákladů se hradí ze zdravotního pojištění (§ 13, odst. 2, písm. e, zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění).
- Nárok na náhradu výdajů se netýká regulačních poplatků za návštěvu lékaře, za recept ani za pobyt v nemocnici, pokud jsou v souvislosti s posuzováním zdravotní způsobilosti k odběru orgánu, s odběrem orgánu a s dispensární péčí po odběru orgánu podle transplantačního zákona (§ 16a, odst. 2, písm. e, zákona č. 48/1997 Sb.).
- Není-li žádost podána do 24 měsíců ode dne provedení odběru orgánu, nárok na výplatu náhrady výdajů zaniká.

### Záznamy KST: (nevyplňuje žadatel)

Nárok schválen ve výši: .....

Nárok snížen z důvodu: .....

Kontrola oprávněnosti, prokazatelnosti a výše výdajů provedena:

Datum: ..... Podpis: .....

## Část B

### Náhrada rozdílu mezi ušlým výdělkem a obdrženou náhradou mzdy, platu nebo odměny a obdrženým nemocenským

**a) Trvání dočasné pracovní neschopnosti od: ..... do: .....**  
(Přiložte originál dokladu o délce dočasné pracovní neschopnosti nebo jeho ověřenou kopii;  
NEBO pokud tento doklad či jeho kopii nemáte k dispozici, předložte písemné vyjádření  
poskytovatele zdravotních služeb o době, po kterou nemohla být vykonávána činnost)

**b) Průměrná měsíční mzda/plat: .....**  
(Přiložte originál potvrzení mzdové účtárny o výši průměrného měsíčního výdělku za  
poslední 3 měsíce)

**c) Vyplacená částka nemocenského: .....**  
(Přiložte originál potvrzení o výši vyplaceného nemocenského z nemocenského pojištění nebo  
jeho ověřenou kopii; NEBO pokud tento doklad nemáte k dispozici, přiložte výpis z účtu,  
z něhož je patrné, kdo vám nemocenskou dávku vyplatil a v jaké výši)

**d) Vyplacená náhrada mzdy/platu za dobu trvání pracovní neschopnosti : .....**  
(Přiložte originál potvrzení o výši vyplacené náhrady výdělku za dobu trvání dočasné  
pracovní neschopnosti – byla-li náhrada vyplacena)

**e) Ušlý výdělek za dobu trvání pracovní neschopnosti: .....**  
(Přiložte originál potvrzení mzdové účtárny o výši ušlého výdělku)

**Osoby samostatně výdělečně činné přiloží pouze originál potvrzení o délce trvání  
pracovní neschopnosti (bod a) a ověřenou kopii živnostenského listu nebo jiného  
platného dokladu o provozování samostatné výdělečné činnosti.**

---

**Záznamy KST:**  
(nevyplňuje žadatel)

**Nárok schválen ve výši: .....**

**Kontrola oprávněnosti, prokazatelnosti a výše výdajů provedena:**

**Datum: ..... Podpis: .....**

## Poučení k žádosti žijícího dárce orgánů o výplatu rozdílu mezi ušlým výdělkem a obdrženou náhradou mzdy, platu nebo odměny a obdrženým nemocenským

- Nárok na náhradu vzniká osobě - žijícímu dárci orgánu k transplantaci.
- Vyplácí se zpětně po předložení dokladu o výši ušlého výdělku v originále nebo v ověřené kopii.
- K žádosti musí být přiložena ověřená kopie dokladu o ukončení dočasné pracovní neschopnosti související s odběrem. Osoba, které se nevydává takovýto doklad, doloží písemné vyjádření poskytovatele zdravotních služeb o době, po kterou nemohla vykonávat činnost, za níž se náhrada ušlého výdělku poskytuje.
- Není-li žádost podána do 24 měsíců ode dne provedení odběru orgánu, nárok zaniká.

---

**Příspěvek zašlete na číslo účtu:** .....  
nebo (zaškrtněte prosím zvolený způsob úhrady)

**Příspěvek zašlete poštovní poukázkou na adresu:**

.....  
**Pozor:** (KST složenkou proplácí max. 15.000,-Kč. V případě, že náhrada výdělku bude vyšší, než 15.000,- bude proplácena po částech v rozmezí několika dnů. KST preferuje bankovní převod)

**Datum:** ..... **Podpis žadatele:** .....

---

Žádost se všemi přílohami, bez kterých není možné ušlý výdělek proplatit, zašlete prosím doporučeným dopisem na adresu:

Koordinace středisko transplantací, Ruská 85, 100 00 Praha 10