

Městský úřad Sokolov
Odbor sociálních věcí
Odloučené pracoviště
Karla Hynka Máchy 1275
356 01 Sokolov

NÁVRH NA USTANOVENÍ ZVLÁŠTNÍHO PŘÍJEMCE DÁVKY DŮCHODOVÉHO POJIŠTĚNÍ

Žadatel

Číslo elektronicky čitelného identifikačního dokladu

Jméno, příjmení:

Datum narození:

Trvalý pobyt:

Kontaktní adresa:

Číslo OP:

Osoba, která nemůže dávku důchodového pojištění přijímat

Číslo elektronicky čitelného identifikačního dokladu

Jméno, příjmení:

Datum narození:

Trvalý pobyt:

Kontaktní adresa:

Číslo OP:

Důvod podání žádosti:

.....
.....
.....

D á v á m s o u h l a s ke zjišťování, zpracování a zachování osobních údajů, podkladů pro správní řízení dle ustanovení zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, a to po celou dobu řízení ve věci až do doby jejich archivace a skartace.

T r v á m / n e t r v á m v souladu s ustanovením § 36 odst. 3 zákona č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů (dále jen správní řád), na svém právu vyjádřit se k podkladům rozhodnutí před jeho vydáním.

V dne Podpis žadatele

K žádosti doložte:

- Občanské průkazy
- Potvrzení lékaře o zdravotním stavu dosavadního příjemce dávky důchodového pojištění
- Souhlas dosavadního příjemce dávky důchodového pojištění s ustanovením zvláštního příjemce
- Oznámení ČSSZ o přiznání dávky důchodového pojištění

POTVRZENÍ LÉKAŘE

(slouží jako příloha k návrhu na ustanovení zvláštního příjemce dávky důchodového pojištění,
nebo jako podklad pro ustanovení opatrovníka pro správné řízení)

Pan/í:, datum narození,
trvale bytem:,
ne n í s c h o p e n / s c h o p n a vzhledem ke svému zdravotnímu stavu (zaškrtněte, prosím, odpovídající variantu):

- a) samostatně jednat před správním orgánem,
- b) přebírat poštovní zásilky,
- c) vnímat obsah těchto zásilek,
- d) přijímat výplatu důchodu,
- e) podat souhlas s ustanovením zvláštního příjemce (písemný, ústní ani konkludentní formou).

Datum: Razítko a podpis lékaře:

SOUHLAS

dosavadního příjemce dávky důchodového pojištění s ustanovením zvláštního příjemce dávky

Souhlasím, aby pan/í:, datum narození,
trvale bytem:,
byl/a ustanoven/a zvláštním příjemcem mého důchodu, jelikož nejsem schopen/schopna důchod přijímat.

Dosavadní příjemce:

Pan/í:, datum narození,
trvale bytem:

Datum: Podpis dosavadního příjemce: