



MĚSTSKÝ ÚŘAD HORAŽĎOVICE

Mírové náměstí 1, 341 01 Horažďovice

Odbor sociálních věcí a zdravotnictví

Žádost o ustanovení zvláštního příjemce dávky důchodového pojištění

(podle ust. § 10 a 118 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů)

Žadatel(ka)

Jméno a příjmení:.....

Datum a místo narození:.....

Trvalé bydliště:.....

Kontaktní adresa, je-li odlišná od trvalého

bydliště:.....

telefon.....

vztah k oprávněné osobě

Oprávněný příjemce důchodové dávky

Jméno a příjmení:.....

Datum a místo narození:.....

Trvalé bydliště:.....

Kontaktní adresa, je-li odlišná od trvalého

bydliště:.....

dávka důchodového pojištění (druh důchodu)

- Starobní důchod
- Invalidní důchod
- Sirotčí důchod
- Vdovský/vdovecký důchod

Odůvodnění žádosti

(krátký a výstižný popis důvodů, které vedou k podání žádosti)

.....

.....

.....

.....

.....

.....
.....

Vyjádření oprávněného příjemce dávky důchodové pojištění:

Souhlas

Nesouhlas

Datum a podpis oprávněného příjemce dávky.....

Vyjádření ošetřujícího lékaře (pouze v případě, že oprávněný příjemce není schopen dát souhlas dle § 118 odst. 3 zákona č. 582/1991 Sb., v platném znění)¹

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

Vyjádření žadatele o ustanovení zvláštního příjemce dávky důchodového pojištění:

Souhlasím s tím, abych byl/byla ustanoven/a zvláštním příjemcem důchodu

Nesouhlasím s tím, abych byl/byla ustanoven/a zvláštním příjemcem důchodu

Datum a podpis žadatele.....

¹ Lékař neuvádí diagnózu, ale stanovisko, zda vzhledem k aktuálnímu zdravotnímu stavu je oprávněný příjemce schopen/neschopen dát souhlas, resp. se vyjádřit k řízení s ustanovením zvláštního příjemce.