

Žádost o ustanovení zvláštního příjemce dávky důchodového pojištění

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

Dosavadní příjemce dávky důchodového pojištění

jméno a příjmení..... rodné číslo.....

trvale bytem..... PSČ.....

doručovací adresa PSČ.....

kontakt (telefon, e-mail).....

Protože z důvodu nepříznivého zdravotního stavu nemohu přijímat dávku důchodového pojištění, **souhlasím** s tím, aby **zvláštním příjemcem** mé dávky důchodového pojištění byl/a/ **ustanoven/a/** níže uvedený **pan/paní/**.....

Souhlasím, dle § 5 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, s použitím mých osobních údajů pro všechny procesní úkony související s ustanovením a výkonem funkce zvláštního příjemce dávky důchodového pojištění.

V Ostravě dne

.....
podpis dosavadního příjemce dávky
důchodového pojištění *

Zvláštní příjemce dávky důchodového pojištění

jméno a příjmení..... rodné číslo.....

trvale bytem..... PSČ.....

doručovací adresa PSČ.....

kontakt (telefon, e-mail).....

Souhlasím s tím, abych byl/a/ **ustanoven/a/ zvláštním příjemcem** dávky důchodového pojištění určené stávajícímu příjemci dávky důchodového pojištění.

Souhlasím, dle § 5 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, s použitím mých osobních údajů pro všechny procesní úkony související s ustanovením a výkonem funkce zvláštního příjemce dávky důchodového pojištění.

V Ostravě dne

.....
podpis zvláštního příjemce

Vyjádření ošetřujícího lékaře

Potvrzuji, že pacient/ka/ pan/paní/....., datum nar.....,

trvale bytem.....

vzhledem ke svému zdravotnímu stavu:

je - není** schopen/schopna/ podpisu

je - není** schopen/schopna/ přijímat výplatu dávky důchodového pojištění

Vyjádření lékaře k důvodu neschopnosti přijímat výplatu dávky důchodového pojištění:

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

Toto vyjádření se vydává na vlastní žádost, pro účely ustanovení zvláštního příjemce dávky důchodového pojištění úřadem městského obvodu.

V.....dne.....

.....
razítko a podpis lékaře

*/ souhlas stávajícího příjemce dávky důchodového pojištění s ustanovením zvláštního příjemce této dávky se nevyžaduje, pokud vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nemůže k ustanovení zvláštního příjemce podat vyjádření

**/ nehodící se škrtněte