**Žádost o ustanovení zvláštního příjemce dávek důchodového pojištění**

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

**Žadatel/ka (navrhovaný zvláštní příjemce)**

jméno a příjmení: ..................................................tel. č.: ...........................

rodné číslo: ................................................., číslo OP:...............................

trvalý pobyt: ........................................................, PSČ: ...........................

doručovací adresa: ............................................., PSČ: ...........................

příbuzenský vztah k oprávněnému příjemci dávek důchodového

pojištění: .....................................................................................................

**S ustanovením zvláštním příjemcem dávek důchodového pojištění souhlasím.**

V ................................. dne: ........................ .............................................................

 podpis žadatele

**Dosavadní oprávněný příjemce dávky důchodového pojištění**

jméno a příjmení: ..................................................tel.: ..............................

rodné číslo: ..................................................číslo OP: ...............................

trvalý pobyt: ...........................................................PSČ: ...........................

doručovací adresa: ................................................PSČ: ...........................

Z důvodu nepříznivého zdravotního stavu nemohu přijímat dávky důchodového pojištění, proto souhlasím s tím, aby zvláštním příjemcem mé dávky důchodového pojištění (důchodu), byl/a ustanoven/a žadatel/ka: .......................................................

**S ustanovením zvláštního příjemce mých dávek důchodového pojištění souhlasím.**

V ................................. dne: ........................ ...............................................................

 podpis oprávněného příjemce důchodu

str. 2

Souhlasím podle § 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 ................................. dne: ........................ .............................................................

 podpis zvláštního příjemce

**Vyjádření ošetřujícího lékaře**

Potvrzuji, že pacient/ka pan/paní: ..............................................................

nar.: .............................., trvale bytem: ......................................................

vzhledem ke svému zdravotnímu stavu:

**je – není \*)** schopen/schopna – podpisu

**je – není \*)** schopen/schopna – sám/sama přebírat dávky důchodového

 pojištění

**je – není \*)** schopen/schopna - hospodařit s těmito dávkami ve svůj

 prospěch nebo ve prospěch osob, které

 je oprávněná osoba povinna vyživovat

**je – není \*)** schopen/schopna – vyjádřit se k ustanovení zvláštního

 příjemce dávek důchodového pojištění

**je – není \*)** schopen/schopna – přebírat písemnosti

**je – není \*)** schopen/schopna – vnímat obsah písemností

**\*)**nehodící se škrtněte

Toto vyjádření se vydává na vlastní žádost pro účely ustanovení zvláštního příjemce dávek důchodového pojištění Úřadem městské části Praha 13.

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

 podpis lékaře

**Podklady potřebné pro posouzení žádosti:**

Občanský průkaz žadatele

Občanský průkaz oprávněného příjemce dávek důchodového pojištění

Aktuální výměr dávek důchodového pojištění (důchodu)