

Ž Á D O S T

o ustanovení zvláštního příjemce dávek důchodového pojištění

Žadatel (ka)

Jméno a příjmení:

Trvalé bydliště:

Rodné číslo: Telefon:

Číslo občanského průkazu: Platnost OP do:

Žádám o ustanovení zvláštního příjemce dávek důchodového pojištění

Mé/mého paní/pana/ RČ:

Trvale bytem:

Číslo občanského průkazu: Platnost OP do:

která/který/ není schopna/schopen/ ze zdravotních důvodů přebírat své dávky důchodového pojištění.

Zabezpečuji její/jeho/ osobní potřeby a záležitosti a jsem srozuměn/a/ s tím, že jsem povinen/na/ dávky použít pouze ve prospěch oprávněné/ho/ a osob, které je povinen/na/ vyživovat.

Přílohy: vyjádření lékaře, doklad o plátcí důchodu, souhlas GDPR, případně údaje o opatrovníkovi pro řízení

Souhlas oprávněné (ho):

Souhlasím s tím, aby zvláštním příjemcem mého důchodu byl(a) ustanoven(a) můj (moje):

.....

Podpis oprávněné (ho):

Podpis žadatele (ky):

V Praze dne:

Vyjádření lékaře pro účely ustanovení zvláštního příjemce důchodu

Toto vyjádření se vydává v souladu s § 118 odst. 3 zákona č. 582/1991 Sb., o sociálním zabezpečení pro účely ustanovení zvláštního příjemce dávky důchodového pojištění.

Potvrzuji tímto, že pan/í, nar.,

trvale bytem,

vzhledem ke svému zdravotnímu stavu:

je – není * schopen/a přijímat dávky důchodového pojištění a účelně s nimi nakládat

je – není * schopen/a podat vyjádření k ustanovení zvláštního příjemce důchodu

je – není * schopen/a podpisu

v současné době výše jmenovaný/á příjemce důchodu

je – není * hospitalizován/a ve zdravotním zařízení. Pokud ano, ve kterém?

.....

*Pozn. nehodící se škrtněte.

Dne

.....
Podpis a razítko ošetřujícího lékaře

Potřebné údaje pro opatrovníka řízení zvláštního příjemce důchodu

- 1) Jméno a příjmení.....
- 2) Datum narození.....
- 3) Rodné číslo.....
- 4) Trvalé bydliště.....
- 5) Číslo občanského průkazu.....
- 6) Platnost občanského průkazu.....
- 7) Telefon.....

Souhlas s ustanovením zvláštním příjemcem dávek důchodového pojištění

Pan/paní: _____
Datum narození: _____ Rodné číslo: _____
Trvalé bydliště: _____

Telefon(y): _____
E-mail: _____ Datová schránka: _____

Souhlasím s tím, abych byl/a ustanoven/a zvláštním příjemcem dávek důchodového pojištění u osoby, která je příjemcem důchodu:

invalidního / starobního / sirotčího / vdovského, vdoveckého:

Pana/paní: _____
Datum narození: _____ Rodné číslo: _____
Trvalé bydliště: _____

Telefon(y): _____
E-mail: _____ Datová schránka: _____

Byl/a jsem seznámen/a s povinností písemně nahlásit příslušnému úřadu, který vydal rozhodnutí i o ustanovení zvláštním příjemcem, jakékoliv změny ve skutečnostech, pro něž byl zvláštní příjemce ustanoven, a to do 8 dnů od jejich vzniku (například: omezení ve způsobilosti k právním úkonům, změnu trvalého pobytu, rozhodnutí soudu o způsobilosti oprávněné osoby, úmrtí apod.).

Uvědomuji si, že v souladu s ustanovením § 118 odst. 4 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, je zvláštní příjemce povinen použít dávku pouze ve prospěch oprávněného a osob, které je oprávněný povinen vyživovat. Zvláštní příjemce ustanovený oprávněnému, který nemůže výplatu přijímat, používá dávku podle pokynů oprávněného. Zvláštní příjemce je povinen na žádost oprávněného nebo obecního úřadu, který jej ustanovil, podat písemné vyúčtování dávky, která mu byla vyplácena, a to do 1 měsíce ode dne, kdy byl k podání tohoto vyúčtování vyzván.

Beru na vědomí, že v souladu s ustanovením § 10 odst. 2 téhož zákona obecní úřad dohlíží, jak jím ustanovený zvláštní příjemce plní stanovené povinnosti; neplní-li zvláštní příjemce své povinnosti, rozhodne obecní úřad o ustanovení jiného příjemce.

V _____ dne _____

Podpis osoby, která souhlas udělila: _____