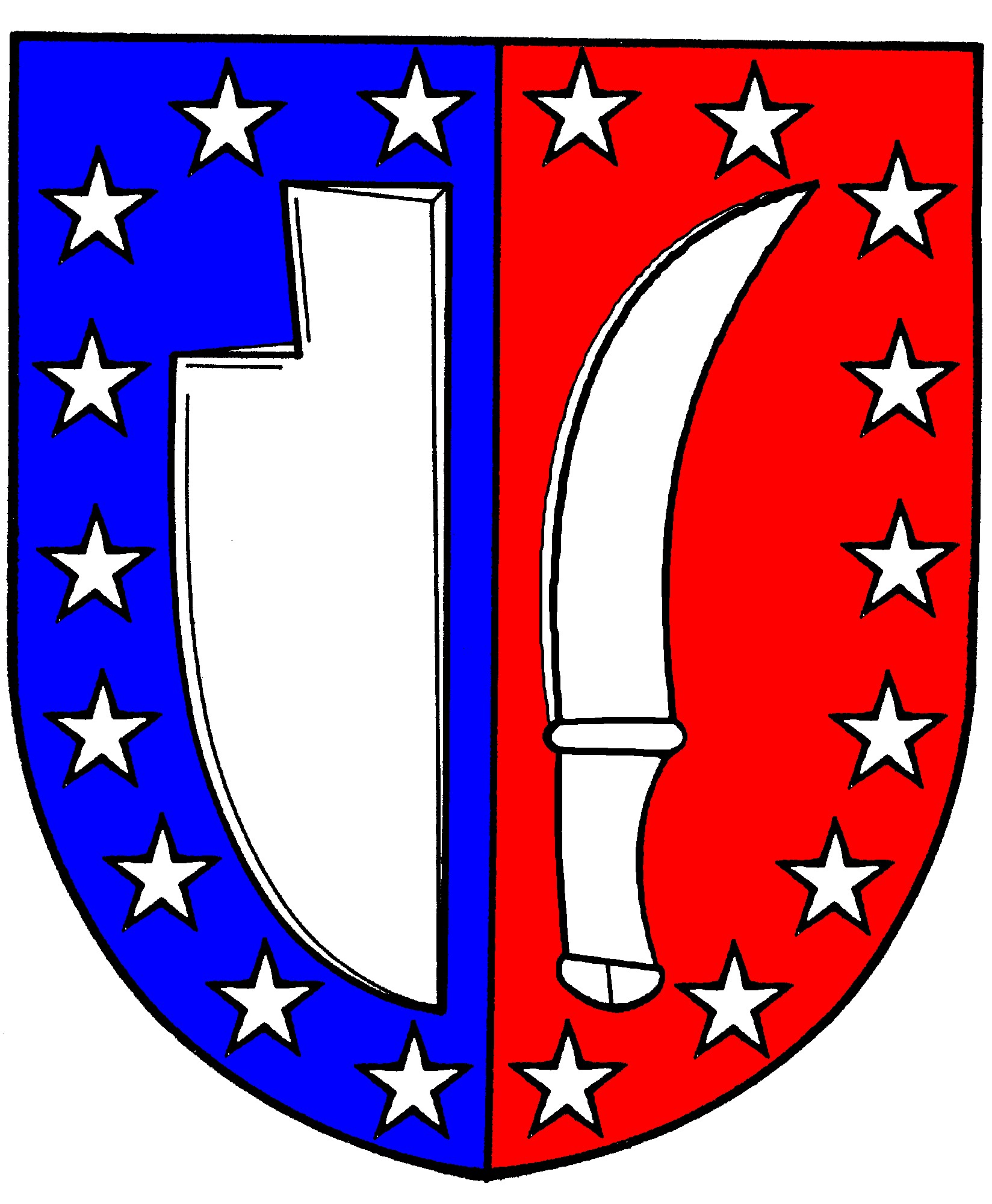
**OBEC Moravské Knínice, IČ 00488216**



**Kuřimská 99, Moravské Knínice, 664 34 Kuřim, okres Brno-venkov**

N á v r h

na ustanovení zvláštního příjemce dávky důchodu/příspěvku na péči

podle ust. § 10 odst. 1 z.č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení,

ve znění pozdějších předpisů

**Navrhovatel** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rodné příjmení \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum narození \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_rod. číslo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

trvale bytem \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

doručovací adresa (je-li odlišná od trvalého pobytu) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

číslo OP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

příbuzenský vztah k oprávněnému (poživateli důchodu) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Žádám o ustanovení zvláštním příjemcem dávek důchodového pojištění** (soc.péče) pro

oprávněného příjemce důchodu (vyplnit druh důchodu) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Oprávněný** (poživatel důchodu) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rodné příjmení \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum narození \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_rod. číslo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

trvale bytem \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

číslo OP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oprávněný má - nemáx) vyživovací povinnost ke své/-mu/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ jméno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

/příbuzenský vztah a vyž. povinnost doložit - rod. nebo oddací list, rozsudek soudu apod./

**Z důvodu: \_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Čestné prohlášení zvláštního příjemce důchodu** (dávky sociální péče)

Prohlašuji, že jako zvláštní příjemce dávky důchodového pojištění (sociální péče) výše uvedeného oprávněného, budu tyto dávky používat pouze v jeho prospěch.

Jsem si vědom/a, že:

1. zvláštní příjemce ustanovený oprávněnému, který nemůže výplatu dávky přijímat, je povinen používat dávky důchodového pojištění (sociální péče) podle pokynů oprávněného.
2. 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.

Souhlasím s použitím mých osobních údajů pro všechny procesní úkony související s utanovením a výkonem funkce zvláštního příjemce dávek důchodového pojištění (sociální péče).

Žádost jsem podal/a dobrovolně ze své vlastní vůle a souhlasím s tím, že budu ustanoven /a zvláštním příjemcem důchodu

datum podpis …………………………..

**Souhlas oprávněného**

Souhlasím s tím, aby  **výše uvedený/á žadatel/ka**, který je mým/mou(rodinný vztah) …………………..

byl/a určen/a náhradním příjemcem mého důchodu, protože pro svůj zdravotní stav již nemohu svůj důchod přebírat.

Souhlasím s použitím mých osobních údajů pro všechny procesní úkony související s ustanovením a výkonem funkce zvláštního příjemce dávek důchodového pojištění (sociální péče).

datum ................................ podpis ..........................................

**Souhlas sourozenců zvláštního příjemce:**

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

v ………………………………………dne ……………………podpis ………………………………

v ………………………………………dne ……………………podpis ………………………………

v ………………………………………dne ……………………podpis ………………………………

**Vyjádření ošetřujícího lékaře:**

Jméno a příjmení ……………………………………........... rodné číslo .……………………..

Bytem …………………………………………………………....…..…………………………………

Pacient/kal pro **trvale - dlouhodobě** nepříznivý zdravotní stav a neschopnost postarat se o svoji osobu ani zajišťovat úkony spojené s obstaráváním základních životních potřeb, nemůže účelně hospodařit a nakládat se svým důchodem (dávkou sociální péče).

Pro dg.: ……………………………………………………………………………………………..

Pacient/ka **je - není** schopen/na podpisu.

-----------------------------------------

razítko a podpis lékaře

Toto potvrzení je vydáváno na vlastní žádost a to pro účely ustanovení zvláštního příjemce důchodu /dávek sociální péče/ obecním úřadem podle zákona Č. 155/95 Sb,.

**Doklady nutné pro vydání Rozhodnutí o ustanovení zvláštního příjemce:**

- vyplněná a potvrzená žádost (lékař, sourozenci, oprávněný)

- občanské průkazy žadatele a oprávněného

- potvrzení o výši a druhu důchodu příjemce

- doklad o příbuzenském vztahu, není-li osobně