

Číslo ZP

Tiskopis prosím vyplňte čitelně

podací razítko

Návrh na ustanovení zvláštního příjemce dávky důchodového pojištění

ve smyslu ust. § 10 a § 118 zákona č. 582/1991 Sb., ve znění pozdějších předpisů,

A. Oprávněná osoba, tj. osoba, o jejíž důchod se jedná (stávající příjemce dávky důchodového pojištění):

Příjmení:	Jméno:	Titul:
Datum narození:	Rodné číslo:	
Trvalý pobyt: ŠLAPANICE Část obce:		
Ulice Č. p.: Č. orient.: PSČ: 664 51		
Adresa pro doručení: Obec..... Část obce:		
Není-li shodná s TP Ulice..... Č.p.: Č. orient.: PSČ:		
E-mail:	Telefon:	
Z důvodu nepříznivého zdravotního stavu nemohu přijímat výplatu dávky důchodového pojištění. Souhlasím s tím, aby zvláštním příjemcem mé dávky důchodového pojištění byla ustanovena osoba uvedená v návrhu pod písmenem B, tj. pan/paní.....*		

* souhlas oprávněné osoby se nevyžaduje, pokud oprávněná osoba, popřípadě její zákonný zástupce, vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nemůže podat vyjádření k ustanovení zvláštního příjemce

Prohlášení oprávněné osoby, tj. osoby, o jejíž důchod se jedná (stávající příjemce dávky důchodového pojištění):

Veškeré údaje v tomto návrhu jsou pravdivé a jsem si vědom(a) případných následků, které by pro mne z nepravdivých údajů vyplývaly.

Beru na vědomí, že jsem povinen(na) bez zbytečného odkladu písemně oznámit sociálnímu odboru města Šlapanice jakoukoli změnu výše uvedených údajů.

Ve smyslu ust. § 5 zák. č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon o ochraně osobních údajů), je správce (správní orgán) povinen shromažďovat osobní a citlivé údaje odpovídající stanovenému účelu a v rozsahu nezbytném pro naplnění tohoto účelu. Správce může zpracovávat osobní údaje se souhlasem subjektu (oprávněné osoby). Prohlašuji, že dávám písemný souhlas, aby sociální odbor města Šlapanice shromažďoval a zpracovával moje osobní a citlivé údaje (kterými jsou jméno, příjmení, rodné číslo, datum narození, trvalý pobyt, adresa pro doručování, údaje o zdravotním stavu) pro účely vyplývající z tohoto návrhu, a to v rozsahu nezbytném pro ustanovení zvláštního příjemce dávky důchodového pojištění, v rozsahu nezbytném pro naplnění stanoveného účelu, do dne zániku práv a závazků vzniklých z tohoto návrhu, a to ve smyslu zákona o ochraně osobních údajů.

V dne 201

podpis oprávněné osoby

B. Osoba, která má být ustanovena zvláštním příjemcem dávky důchodového pojištění:

Příjmení:	Jméno:	Titul:
Datum narození:	Rodné číslo:	
Trvalý pobyt: Obec..... Část obce:		
Ulice Č. p.: Č. orient.: PSČ: 664 51		
Adresa pro doručení: Obec Část obce:		
Není-li shodná s TP Ulice Č. p.: Č. orient.: PSČ:		
E-mail:	Telefon:	
Důvod podání návrhu:		

Prohlášení osoby, která má být ustanovena zvláštním příjemcem dávky důchodového pojištění:

Souhlasím s tím, abych byl(a) ustanoven(a) zvláštním příjemcem dávky důchodového pojištění za výše uvedenou oprávněnou osobu (uvedenou v návrhu pod písmenem A).

Veškeré údaje v tomto návrhu jsou pravdivé a jsem si vědom(a) případných následků, které by pro mne z nepravdivých údajů vyplývaly.

Beru na vědomí, že jsem povinen(na) bez zbytečného odkladu písemně oznámit sociálnímu odboru města Šlapanice jakoukoli změnu výše uvedených údajů.

Beru na vědomí, že dle § 118 odst. 4 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, je zvláštní příjemce dávky důchodového pojištění povinen dávku použít 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.

Ve smyslu ust. § 5 zák. č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon o ochraně osobních údajů), je správce (správní orgán) povinen shromažďovat osobní a citlivé údaje odpovídající stanovenému účelu a v rozsahu nezbytném pro naplnění tohoto účelu. Správce může zpracovávat osobní údaje se souhlasem subjektu (osoby, která má být ustanovena zvláštním příjemcem dávky důchodového pojištění). Prohlašuji, že dávám písemný souhlas, aby sociální odbor města Šlapanice shromažďoval a zpracovával moje osobní a citlivé údaje (kterými jsou jméno, příjmení, rodné číslo, datum narození, trvalý pobyt, adresa pro doručování) pro účely vyplývající z tohoto návrhu, a to v rozsahu nezbytném pro ustanovení zvláštního příjemce dávky důchodového pojištění, v rozsahu nezbytném pro naplnění stanoveného účelu, do dne zániků práv a závazků vzniklých z tohoto návrhu, a to ve smyslu zákona o ochraně osobních údajů.

V dne 201

podpis osoby, která má být ustanovena zvláštním
příjemcem dávky důchodového pojištění

K návrhu prosím doložte:

- občanský průkaz oprávněné osoby (uvedené v návrhu pod písmenem A)
- důchodový výměr oprávněné osoby (uvedené v návrhu pod písmenem A)
- občanský průkaz osoby, která má být ustanovena zvláštním příjemcem dávky důchodového pojištění (uvedené v návrhu pod písmenem B)
- vyjádření lékaře

Návrh je možno podat vždy v úřední den, tj. pondělí a středa v době: 8:00 – 17:00 hod.

Vyjádření ošetřujícího lékaře

Potvrzuji, že pacient(ka) pan/paní

datum narození

trvale bytem.....

vzhledem ke svému zdravotnímu stavu:

je - není* schopen(a) podpisu

je - není* schopen(a) přebírat a přijímat osobně výplatu dávky důchodového pojištění

je - není* schopen(a) vyslovit souhlas s ustanovením zvláštního příjemce své dávky důchodového pojištění a
vyslovit souhlas s osobou uvedenou v návrhu pod písmenem B

Toto vyjádření se vydává na vlastní žádost a pro účely ustanovení zvláštního příjemce dávky důchodového pojištění městem Šlapanice.

Dne

.....
razítko a podpis lékaře

Vyplní pracovník sociálního odboru města Šlapanice

Shodnost údajů uvedených v návrhu zkontroloval(a) dle předložených platných dokladů:

číslo OP osoby uvedené v návrhu pod písmenem A	– souhlasí
RČ osoby uvedené v návrhu pod písmenem A	– souhlasí
důchodový výměr příjemce důchodu	– souhlasí
číslo OP osoby uvedené v návrhu pod písmenem B	– souhlasí
rodné číslo osoby uvedené v návrhu pod písmenem B	– souhlasí

Datum201.

.....
podpis sociálního pracovníka