**Městský úřad Dubí – odbor školství a sociálních věcí**

Upozornění: tato forma žádosti není stanovena zákonem, zpracovaný tiskopis je pro usnadnění podání žádosti a slouží pouze pro potřeby Městského úřadu Dubí, odboru školství a soc. věcí.

**Ž á d o s t o ustanovení zvláštního příjemce dávky**

**důchodového pojištění**

(podle § 10 a § 118 odst. 3 zákona č. 582/1991 Sb.,

o organizaci a provádění soc. zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů)

**Žadatel (ka):**

Jméno a příjmení: …………………………………………………………………………………………..

Datum a místo narození: ……………………………………………………………………………………

Trvalé bydliště: ……………………………………………………………………………………………..

Kontaktní adresa: …………………………………………………………………………………………...

(vyplňte pouze pokud je odlišná od místa trvalého bydliště)

Telefonický kontakt: ………………………………………………………………………………………..

**Oprávněný příjemce důchodové dávky:**

Jméno a příjmení: ………………………………………………………………...........................................

Datum a místo narození: …………………………………………………………………………………….

Trvalé bydliště: ………………………………………………………………...............................................

Kontaktní adresa: ……………………………………………………………………………………………

(vyplňte pouze pokud je odlišná od místa trvalého bydliště)

Telefonický kontakt: ………………………………………………………………………………………..

Vztah mezi žadatelem a oprávněným příjemcem: …………………………………………………………..

Dávka důchodového pojištění (druh důchodu):

□ Starobní důchod

□ Invalidní důchod

□ Sirotčí důchod

□ Vdovský/vdovecký důchod

Omezení způsobilosti k právním úkonům: ………………………………………………………………….

**Podklady nutné pro podání žádosti:**

* vyplněná žádost s vyjádřením lékaře o zdravotním stavu oprávněného příjemce dávky důchodového pojištění
* občanský průkaz, popř. OP oprávněného příjemce důchodu
* případně potvrzení o účasti oprávněného příjemce důchodu na důchodovém pojištění (Rozhodnutí ČSSZ o přiznání důchodu)

Stránka: 1 z 3

**Zvláštním příjemcem má být ustanoven:**

Jméno a příjmení: …………………………………………………………………………………………...

Datum narození: …………………………………………………………………………………………….

Trvalé bydliště: ……………………………………………………………………………………………...

Kontaktní adresa: ……………………………………………………………………………………………

(vyplňte pouze pokud máte bydliště odlišné od místa trvalého pobytu)

Souhlasím s tím, že budu ustanoven(a) zvláštním příjemcem dávek důchodového pojištění. Dále

souhlasím s použitím mých osobních údajů (dle § 5 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění) pro všechny procesní úkony související s ustanovením a výkonem funkce zvláštního příjemce dávek důchodového pojištění.

V Dubí dne ………………… ………………………………………….

podpis

**Odůvodnění žádosti**:

………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………..

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

**Vyjádření souhlasu oprávněného příjemce dávky důchodového pojištění s ustanovením zvláštního příjemce** (vyplňuje se pouze tehdy, je-li oprávněný vzhledem ke svému zdravotnímu stavu schopen souhlas učinit):

Souhlasím s tím, že ……………………………………………… narozen(a): ……………………………

trvale bytem: ………………………………………………………………………………………………..

bude ustanoven(a) zvláštním příjemcem dávky důchodového pojištění, jíž jsem oprávněným příjemcem. Dále souhlasím s použitím mých osobních údajů pro všechny procesní úkony související s ustanovením a výkonem funkce zvláštního příjemce dávek důchodového pojištění.

V …………………………………… dne ………………… ………………………………………….

podpis

**Není-li příjemce dávky důchodového pojištění schopen podpisu – svědci:**

Jméno a příjmení: ……………………………………….. nar.:…………………. podpis: ……..…………

Trvale bytem: ………………………………………………………………………………………………..

Jméno a příjmení: ……………………………………….. nar.: …………….…... podpis: …….………….

Trvale bytem: ………………………………………………………………………………………………..

Datum: ………………………………………………………………………….…. podpis: ……………….

Stránka: 2 z 3

***VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE***

***zhodnocení zdravotního stavu***

***oprávněného příjemce dávky důchodového pojištění***

***(****ve vztahu ke schopnosti přijímat důchod a hospodařit s ním ve svůj**prospěch****)***

(lékař neuvádí diagnózu, ale stanovisko, zda vzhledem k aktuálnímu zdravotnímu stavu je oprávněný příjemce důchodu schopen/neschopen dát souhlas, resp. vyjádřit se k řízení s ustanovením zvláštního příjemce, ve schopnosti přijímat důchod a hospodařit s ním ve svůj prospěch a zda je schopen se sám ve správním řízení zastupovat, a zda je schopen podpisu)

***(náklady na vyhotovení vyjádření lékaře hradí žadatel)***

*Jméno a příjmení.................................................................................nar.:…………...……..........................*

*Trvale bytem…..............................................................................................................................................*

*.......................................................................................................................................................................*

***........................................................................................................................................................................***

***........................................................................................................................................................................***

***........................................................................................................................................................................***

***……………………………………………………………………………………………..……………......***

***…………………………………………………………………………………………..…………………..***

***………………………………………………………………………………………..……………………..***

***Datum: ……………………………..***

**………………………………………….**

razítko a podpis lékaře

Stránka: 3 z 3

***Zvláštní příjemce***

***dávky důchodového pojištění***

*Obecní úřad může ustanovit zvláštním příjemce jen fyzickou osobu, která s tímto ustanovením souhlasí.*

*Zvláštní příjemce se ustanoví, pokud oprávněná osoba nemůže výplatu dávky důchodového pojištění přijímat, pokud nevyužívá dávku k účelu, ke kterému má sloužit, nebo kdyby tím byly poškozovány zájmy osob, které je oprávněný povinen vyživovat.*

*S ustanovením zvláštního příjemce musí oprávněná osoba souhlasit. POZOR souhlas oprávněného se nevyžaduje, pokud podle vyjádření ošetřujícího lékaře nemůže tento souhlas podat.*

*Zvláštní příjemce je povinen dávku používat ve prospěch oprávněné osoby  
a osob, které je oprávněný povinen vyživovat a podle pokynů oprávněného, s výjimkou osoby, která podle vyjádření lékaře nemůže tyto pokyny udělovat.*

*Obecní úřad dohlíží, jak jím ustanovený zvláštní příjemce plní stanovené povinnosti.*

*Na žádost oprávněné osoby nebo odboru sociálních věcí je zvláštní příjemce povinen podat písemné vyúčtování dávky, a to ve lhůtě 1 měsíce ode dne doručení této žádosti.*

*Příjemce dávky je povinen:*

*\* do 8 dnů ohlásit změny ve skutečnostech*

*\* na výzvu osvědčit skutečnosti rozhodné pro výplatu dávky důchodového pojištění, a to ve lhůtě do 8 dnů ode dne doručení výzvy*