

OBECNÍ ÚŘAD VELKÉ KARLOVICE

ŽÁDOST O USTANOVENÍ ZVLÁŠTNÍHO PŘÍJEMCE DÁVKY DŮCHODOVÉHO POJIŠTĚNÍ

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

Dosavadní příjemce dávky důchodového pojištění

jméno a příjmení.....rodné číslo.....

Číslo občanského průkazu

trvale bytem.....PSČ.....

doručovací adresa.....PSČ.....

kontakt (telefon, email).....

Protože z důvodu nepříznivého zdravotního stavu nemohu přijímat dávku důchodového pojištění,
souhlasím s tím, aby **zvláštním příjemcem** mé dávky důchodového pojištění byl/a/ **ustanoven/a/**

níže uvedený **pan/paní**.....

Souhlasím, dle § 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.

Ve Velkých Karlovicích dne.....

.....
podpis dosavadního příjemce dávky
důchodového pojištění*

Zvláštní příjemce dávky důchodového pojištění

jméno a příjmení.....rodné číslo.....

trvale bytem.....PSČ.....

Číslo občanského průkazu

doručovací adresa.....PSČ.....

kontakt (telefon, email).....

Souhlasím s tím, abych byl/a/ **ustanoven/a/ zvláštním příjemcem** dávky důchodového pojištění
určené stávajícímu příjemci dávky důchodového pojištění.

Souhlasím, dle § 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.

Ve Velkých Karlovicích dne

.....
podpis zvláštního příjemce
IČO: 00304417 DIČ: CZ00304417
číslo účtu: 176 531 2369/0800
Tel.: 571 444 260

OBECNÍ ÚŘAD VELKÉ KARLOVICE

Vyjádření ošetřujícího lékaře

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

datum narození.....

trvale bytem.....

Vzhledem ke svému zdravotnímu stavu:

Je - není** schopen/ schopna podpisu

Je - není** schopen/schopna přijímat výplatu dávky důchodového pojištění

Toto vyjádření se vydává na vlastní žádost, pro účely ustanovení zvláštního příjemce dávky důchodového pojištění obecním úřadem.

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

.....

razítko a podpis lékaře

*/ souhlas stávajícího příjemce dávky důchodového pojištění s ustanovením zvláštního příjemce této dávky se nevyžaduje, pokud vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nemůže k ustanovení zvláštního příjemce podat vyjádření

**/ nehodící se škrtněte