# Podnět

# k ustanovení zvláštního příjemce

# pro dávky důchodového pojištění (bez vyjádření oprávněného)

Jméno a příjmení žadatele ......................................................................................................................

OP……………………………………………………….. Vztah k oprávněnému……………………………...

Rodné číslo ............................................................... Datum narození…………………………………….

Bydliště ...................................................................................................................................................

Kontakt (tel., e-mail)................................................................................................................................

Dle ust. § 10 a 118 zák č. 582/1991 Sb. o organizaci a provádění soc. zabezpečení, žádám o ustanovení zvláštním příjemcem

**dávek důchodového pojištění**

za oprávněného občana, kterému byla výplata výše uvedené dávky přiznána:

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

Rodné číslo …………………………………................. Datum narození …………….…………………….

Bydliště …………………………………………………..................................…OP…………………………

**z důvodu špatného zdravotního stavu (doloženo vyjádření lékaře)**.

* Navrhovaná osoba na zvláštního příjemce dávek důchodového pojištění souhlasí s ustanovením.
* Beru na vědomí, že dle odst. 4 § 118 z.č. 582/1991 je zvláštní příjemce povinen dávku použít ve prospěch oprávněného a osob, které je oprávněný povinen vyživovat. 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. Podpisem této žádosti souhlasím s ustanovením zvláštním příjemcem dávky za výše uvedenou oprávněnou osobu.

K žádosti přikládám:

- doporučení ošetřujícího lékaře

- potvrzení o výplatě důchodu (z pošty nebo poslední výměr důchodu)

- občanský průkaz

V Brně dne....………………..........….

..................................................

Podpis žadatele

Dle OP ověřila …………………………………….

**Vyplní občan**

|  |  |
| --- | --- |
| **Občan s přiznanými dávkami důchodového pojištění:** | |
| Příjmení, jméno |  |
| Rodné číslo |  |
| Trvalé bydliště |  |

**Vyplní lékař**

|  |
| --- |
| Potvrzuji jako ošetřující lékař výše uvedeného občana, že tento  **je schopen / není schopen** \*  ze zdravotních důvodů přijímat výplatu dávek důchodového pojištění a hospodařit s nimi, a současně  **může** / **nemůže** \*  vzhledem ke svému zdravotnímu stavu podat vyjádření k ustanovení zvláštního příjemce důchodu. |

/\* nehodící se škrtněte

V …………………. dne ………………….

……………………………………..

razítko a podpis lékaře