Úřad městské části Praha 16
Odbor sociální
Václava Balého 23/3
153 00 Praha 5 - Radotín

Žádost o ustanovení zvláštního příjemce dávek důchodového pojištění

podle § 10 odst. 118 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, dále dle ustanovení § 64 zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění ve znění pozdějších předpisů, a dle ustanovení zákona č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů.

Žadatel – příjemce důchodu

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

datum narození ……... rodné číslo……

trvale bytem včetně PSČ ...……..…….

doručovací adresa (je-li odlišná od trvalého pobytu)……

číslo OP …… telefon ...……. e-mail ……...

Zvláštní příjemce

Jméno a příjmení ……rodné příjmení ……..……
rodné číslo …… číslo OP ….……..…….
který/á je mým/mou (uvést příbuzenský popřípadě jiný vztah) ……..
trvale bytem včetně PSČ …….
doručovací adresa (je-li odlišná od trvalého pobytu)……
Z důvodu:
……
……

Čestné prohlášení zvláštního příjemce důchodu

Prohlašuji, že jako zvláštní příjemce dávky důchodového pojištění, budu tyto dávky používat pouze v jeho prospěch.

Jsem si vědom/a, že:

a) zvláštní příjemce ustanovený oprávněnému, který nemůže výplatu dávky přijímat, je povinen používat dávky důchodového pojištění podle pokynů oprávněného

b) 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

c) v případě úmrtí žadatele, je nutné tuto informaci do 8 dnů sdělit obecnímu úřadu

Souhlasím s použitím mých osobních údajů pro všechny procesní úkony související s ustanovením a výkonem funkce zvláštního příjemce dávek důchodového pojištění.
Souhlasím s tím, že budu ustanoven /a zvláštním příjemcem dávek důchodového pojištění.

datum ..... podpis ……

Souhlas oprávněného
Souhlasím, aby **výše uvedený/á žadatel/ka**, který je mým (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.

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

Vyjádření lékaře:

K žádosti doložte:

- vyplněná a potvrzená žádost
- občanské průkazy žadatele a oprávněného
- potvrzení o výši a druhu důchodu příjemce