

# Ž Á D O S T

## 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

**ŽADATEL o ustanovení zvláštním příjemcem dávky důchodového pojištění**

Příjmení, jméno, titul: .....

Trvalý pobyt: .....

Adresa pro doručování: .....

Rodné číslo: ..... Telefon: .....

Číslo OP: .....

Beru na vědomí, že:

- podpisem této žádosti souhlasím s ustanovením zvláštním příjemcem dávky důchodového pojištění za níže uvedenou oprávněnou osobu
- zvláštní příjemce je povinen dávku použít pouze ve prospěch oprávněné osoby a osob, které je oprávněný povinen vyživovat, zvláštní příjemce ustanovený oprávněnému, který nemůže výplatu přijímat, používá dávku podle pokynů oprávněného
- obecní úřad dohlíží, jak jí ustanovený zvláštní příjemce plní stanovené povinnosti
- podpisem vyjadřuji souhlas se zpracováním svých osobních údajů pro účely vyplývající z této žádosti
- jsem povinen/a bezodkladně písemně oznámit změnu uvedených údajů

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

Podpis žadatele

**OPRÁVNĚNÁ OSOBA, za kterou bude zvláštní příjemce dávku důchodového pojištění přijímat**

Příjmení, jméno, titul: .....

Trvalý pobyt (včetně PSČ): .....

Adresa pro doručování: .....

Rodné číslo: ..... Telefon: .....

Číslo OP: .....

Druh důchodu:  starobní  vdovský/vdovecký  invalidní  sirotčí

**SOUHLAS OPRÁVNĚNÉ OSOBY (zda souhlasí s ustanovením výše uvedeného žadatele zvláštním příjemcem důchodu).** Souhlas oprávněné osoby, popřípadě zákonného zástupce, s ustanovením zvláštního příjemce se vyžaduje jen v případě, že oprávněná osoba, popřípadně zákonný zástupce, nemůže výplatu přijímat. To neplatí, pokud oprávněný, popřípadě zákonný zástupce, vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nemůže podat vyjádření k ustanovení zvláštního příjemce.

Podpisem vyjadřuji souhlas se zpracováním svých osobních údajů a údajů o zdravotním stavu pro účely vyplývající z této žádosti.

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

.....

**Podpis oprávněné osoby**

**VYJÁDŘENÍ OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE, pokud oprávněná osoba není schopna výplatu dávky důchodového zabezpečení vzhledem ke svému zdravotnímu stavu přijímat, není schopna učinit souhlas s ustanovením zvláštního příjemce dávky důchodového pojištění, případně není schopna hospodařit s touto dávkou ve svůj prospěch nebo ve prospěch osob, které je oprávněná osoba povinna vyživovat:**

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

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

.....

**Podpis a razítko ošetřujícího lékaře**

**K žádosti je nutno doložit:**

- **Doklady totožnosti žadatele i oprávněné osoby**
- **Důchodový výměr**