Statutární město Ostrava
Úřad městského obvodu Hrabová
Odbor sociální, organizační a vnitřních věcí

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 (oprávněná osoba)

jméno a příjmení …… datum narození ……

trvale bytem …… PSČ ……

doručovací adresa …… PSČ ……

Protože z důvodu nepříznivého zdravotního stavu nemohu přijímat dávku důchodového pojištění, **souhlasím, aby zvláštním příjemcem mé dávky důchodového pojištění byla ustanovena níže uvedená osoba:**
……

V Ostravě dne …… ……..……..
podpis dosavadního příjemce dávky důchodového pojištění *

Navrhovaný zvláštní příjemce dávky důchodového pojištění

jméno a příjmení …… datum narození ……

trvale bytem …… PSČ ……

doručovací adresa …… PSČ ……

Souhlasím s ustanovením zvláštním příjemcem dávky důchodového pojištění určené dosavadnímu příjemci dávky důchodového pojištění.

V Ostravě dne …… ……..……..
podpis zvláštního příjemce

*/ souhlas dosavadního 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

Bažanova 174/4, 720 00 Ostrava
www.ostrava-hrabova.cz
posta@ostrava-hrabova.cz
IČ 00845 451 **DIČ** CZ 00845 451
Číslo účtu 19-1644935359/0800
ID DS 8bwbfse

Vyjádření ošetřujícího lékaře

Potvrzuji, že pacient/ka:

jméno a příjmení …… datum narození ……

trvale bytem …… PSČ ……

vzhledem ke svému zdravotnímu stavu:

je – není** schopen/schopna podpisu

je – není** schopen/schopna přijímat výplatu dávky důchodového pojištění

je – není** schopen/schopna podat vyjádření k ustanovení zvláštního příjemce

je – není** schopen/schopna samostatně se zastupovat ve správním řízení

Vyjádření lékaře k důvodu neschopnosti přijímat výplatu dávky důchodového pojištění:

……

……

……

……

……

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

V……dne……. ……
razítko a podpis lékaře

**/ nehodící se škrtněte

Bažanova 174/4, 720 00 Ostrava
www.ostrava-hrabova.cz
posta@ostrava-hrabova.cz
IČ 00845 451 **DIČ** CZ 00845 451
Číslo účtu 19-1644935359/0800
ID DS 8bwbfse