## **Městský úřad Planá**

## **Správní odbor – sociální oddělení**

**nám. Svobody 1**

**348 15 PLANÁ**

##### 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

Dnem podání žádosti u věcně a místně příslušného správního orgánu je v souladu s § 44 zákona
č. 500/2004 Sb., správního řádu, ve znění pozdějších předpisů zahájeno správní řízení o ustanovení zvláštního příjemce dávky důchodového pojištění.

**Žadatel/ka o ustanovení zvláštním příjemcem dávky důchodového pojištění**

Jméno a příjmení: ....................................................................................................................................

Datum narození: ......................…………............. č. OP: …………………………………………….....

Rodné číslo: .......................................................... Příbuzenský vztah k příjemci důchodu: ....................

Trvalé bydliště (včetně PSČ): ................................................................... číslo telefonu: ………………

Adresa pro doručování:…………………………………………………………………………………...

(pokud se liší od trvalého bydliště)

**Důvod žádosti:** ………………………………………………………………………………………...

……………...…………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………

#### **Prohlašuji**, že souhlasím s tím, abych podle zákona 582/1991 Sb., § 118 byl/a ustanoven/a zvláštním příjemcem dávky důchodového pojištění.

V ……………… dne …………………………… ……………………………….

 podpis žadatele

**Oprávněný příjemce důchodu, který nemůže dávku důchodového pojištění přijímat:**

Jméno a příjmení: ............................................................. Datum narození:.…………………………….

Rodné číslo:.....................................:................................. příbuzenský vztah k žadateli: ………………

Trvalé bydliště (včetně PSČ): ...........................................................................................……………….

Adresa pro doručování: …………………………………………………………………………………..

(pokud se liší od trvalého bydliště)

**Důchod je vyplácen** a) Českou správou sociálního zabezpečení (ČSSZ) Praha

 b) Vojenským úřadem sociálního zabezpečení

Souhlasím s ustanovením výše uvedeného žadatele zvláštním příjemcem dávky důchodového

pojištění …………................, neboť sám/sama nemohu výplatu přijímat.

(Souhlas oprávněného příjemce důchodu se vyžaduje jen v případě, že oprávněný nemůže výplatu přijímat. To neplatí, pokud oprávněný vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nemůže podat vyjádření k ustanovení zvláštního příjemce.)

V ………………….. dne ……………….. ………………………………..

 Podpis oprávněné osoby

**Prohlášení žadatele a oprávněné osoby:**

Prohlašuji, že jsem všechny údaje uvedl/a pravdivě. Jsem si vědom/a trestních následků pro nesprávné nebo neúplné uvedení předcházejících údajů.

**Dávám souhlas** ke zjišťování, zpracování a zachování osobních údajů, podkladů pro správní řízení dle ustanovení zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, a to po celou dobu řízení ve věci až do doby jejich archivace a skartace.

**Trvám/netrvám** v souladu s ustanovením § 36 odst. 3 zákona č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů na svém právu vyjádřit se k podkladům rozhodnutí před jeho vydáním.

**V ………………….. dne …………………. …………………………..**

 **podpis žadatele**

**V …………………. dne ………………… …………………………..**

#### **podpis oprávněné osoby**

**Vyjádření ošetřujícího lékaře o zdravotním stavu příjemce dávky důchodového pojištění**

(slouží jako příloha k žádosti o ustanovení zvláštního příjemce dávky důchodového pojištění nebo jako podklad pro ustanovení opatrovníka pro správní řízení)

**Pan/í:**……………………………………………………………**datum narození:** ………………………………

**trvale bytem:** ……………………………………………………………………………………………………….

**vzhledem ke svému zdravotnímu stavu (\*nehodící se škrtněte):**

1. Je/není)\*schopen/a podpisu
2. Je/není)\* schopen/na přebírat dávky důchodového pojištění
3. Je/není)\* schopen/na podat vyjádření (souhlas) k ustanovení zvláštního příjemce
4. Je/není)\* schopen/a přebírat písemnosti
5. Je/není)\* schopen/a vnímat obsah písemností

**Prosíme odškrtat všech 5 bodů.**

#### **…………………. ………………………..**

Datum razítko a podpis lékaře

**K žádosti doložte:**

**Občanské průkazy**

**Aktuální oznámení ČSSZ o dávce důchodového pojištění**

**Informace pro zvláštního příjemce dávky důchodového pojištění**

Vážená paní, vážený pane,

V případě, že by došlo u Vás nebo u oprávněného příjemce ke změnám (zejména bydliště, umístění do zařízení sociálních služeb, změna zdravotního stavu odůvodňující změnu rozhodnutí o ustanovení zvláštního příjemce, úmrtí apod.), **žádáme, aby tyto změny byly obecnímu úřadu neprodleně oznámeny.**

Rozhodnutí o Vašem ustanovení zvláštním příjemcem dávky důchodového pojištění bude po právní moci (zpravidla 15 dní ode dne převzetí rozhodnutí posledním účastníkem řízení) **odesláno na ČSSZ, Křížová 25, Praha.**

*Dle § 118 odst. 4 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení,
ve znění pozdějších předpisů je zákonný zástupce povinen dávku použít pouze ve prospěch oprávněného a osob, které je oprávněný povinen vyživovat. Zvláštní příjemce ustanovený oprávněnému, který nemůže výplatu přijímat, používá dávku podle pokynů oprávněného.* ***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.***

Obecní úřad je povinen provádět kontrolu, zda je shora uvedená povinnost zvláštního příjemce řádně plněna. Z tohoto důvodu budete pravidelně (cca 1x ročně) požádáni o spolupráci. Sociální pracovník obecního úřadu provede sociální šetření u oprávněného příjemce za účelem ověření plnění této povinnosti. Šetření bude prováděno zpravidla po předchozím ohlášení a dojednání konkrétního termínu. Každý sociální pracovník je povinen se při sociálním šetření prokázat průkazem (průkaz obsahuje: jméno, příjmení, titul, fotografii, označení sociální pracovník, označení obecního úřadu, otisk úředního razítka, podpis vedoucího zaměstnance, doba platnosti průkazu).

**Sociální pracovník, který je pověřen vedením Vašeho spisu:**

Šárka Stará, DiS., oprávněná úřední osoba

Telefon: 374 752 919, 730 511 975

Kontaktní e-mail: socialni@muplana.cz

Převzal dne: ………………………..

Podpis žadatele:…………………….

Podpis oprávněného příjemce dávky důchodového pojištění………………………