

MĚSTSKÝ ÚŘAD KLIMKOVICE

Odbor správní

Lidická 1, 742 83 Klimkovice

č. j.

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

OP č.

Typ dávky důchodové pojištění:

) starobní důchod) vdovský (vdovecký) důchod) invalidní důchod) sirotčí důchod

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 Klimkovicích dne

podpis dosavadního příjemce dávky
důchodového pojištění *

*/ 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

Navrhovaný zvláštní příjemce dávky důchodového pojištění

jméno a příjmení datum narození

trvale bytem PSČ

doručovací adresa PSČ

OP č.

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

V Klimkovicích dne

podpis zvláštního příjemce *

*/Beru na vědomí, že podle § 118 odst. 4 zákona o organizaci a provádění sociálního zabezpečení je zvláštní příjemce dávky důchodového pojištění 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. Beru na vědomí, že podpisem této žádosti souhlasím s ustanovením zvláštním příjemcem dávky důchodového pojištění za níže uvedenou oprávněnou osobu.

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

Příloha: - důchodový výměr

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 podle § 10, § 118 zákona o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů.