***Žádost o ustanovení zvláštního příjemce důchodu***

* ***podle § 10 a § 118 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů.***

Jméno a příjmení žadatele………………………………………………………………………,

datum narození………………………………………………………………………..................,

trvalý pobyt včetně PSČ………………………………………………..…………………….…,

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

………………………………………………………………………………………………………,

telefon....…………………………..

Jméno a příjmení poživatele důchodu…….……………………………………………………,

datum narození…………………………………...…………………………..…………………..,

trvalý pobyt včetně PSČ……………………………...………………………………..………..,

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

………………………………………………………………………………………………………,

telefon………………………………

**Souhlasím s tím, že bude výše jmenovaná osoba ustanovena zvláštním příjemcem mého důchodu**.

……………………….…………………

(podpis poživatele důchodu, je-li to možné)

***ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ ZVLÁŠTNÍHO PŘÍJEMCE DŮCHODU***

**Souhlasím s tím, že budu ustanoven /a zvláštním příjemcem důchodu pana/í/**

**…………………………………………………………………………………………….**

**Jsem si vědom /a toho, že jsem důchod povinen /a použít pouze ve prospěch**

**pana/í/……………………………………………………………………………………**

……………………….…………………

(podpis zvláštního příjemce)

*Podle § 36 odst.  3 zák.č. 500/2004 Sb., o správním řízení, ve znění pozdějších předpisů, upozorňujeme účastníky řízení na možnost vyjádřit se před vydáním rozhodnutí k podkladům pro rozhodnutí.*

*Byl/a jsem seznámen/a s podklady pro rozhodnutí ve věci ustanovení zvláštního příjemce důchodu a také s následným provedením šetření v bydlišti oprávněného.*

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

     (podpis poživatele důchodu)                                          (podpis zvláštního příjemce)

Žadatel k žádosti předkládá

* vyjádření ošetřujícího lékaře, že oprávněný příjemce důchodu není schopen osobně přebírat dávky důchodového zabezpečení
* občanský průkaz oprávněného
* občanský průkaz žadatele
* výměr důchodu

**Vyjádření ošetřujícího lékaře**

*pro účely 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.*

Potvrzuji tímto, že pan/í…………………………………………… nar. …………………….

trvale bytem …………………………………………………………………………………….

vzhledem ke svému zdravotnímu stavu:

*je – není\* schopen/a přijímat dávky důchodového pojištění*

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

*je – není\* schopen/a podpisu*

**V……………………………dne…………………….**

**……………………………………**

**(Razítko a podpis ošetřujícího lékaře)**

**\* Nehodící se škrtněte**