## 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

**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