## 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:**

**pan/paní/………………………………………………………………………………………………………..**

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

podpis dosavadního příjemce dávky

důchodového pojištění \*

\*/ souhlas dpsavadního 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………….…………………..

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

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

podpis zvláštního příjemce

**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