

**Městský úřad Studénka**  
**odbor školství, kultury a sociálních věcí**  
**nám. Republiky 762, 742 13 Studénka**

**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 ..... 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 ..... 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.

**Poučení:**

*Oprávněná osoba a navrhovaný zvláštní příjemce důchodu svým podpisem potvrzují, že uvedené údaje jsou pravdivé, přesné a úplné. Zároveň svým podpisem poskytují Městskému úřadu Studénka souhlas se zpracováním a uchováním osobních a citlivých údajů. Informace o zpracování osobních údajů jsou uvedeny na webových stránkách města Studénky na [www.mesto-studenka.cz/urad/povinne-informace/gdpr](http://www.mesto-studenka.cz/urad/povinne-informace/gdpr).*

**Městský úřad Studénka**  
**odbor školství, kultury a sociálních věcí**  
**nám. Republiky 762, 742 13 Studénka**

**Vyjádření ošetřujícího lékaře k žádosti o ustanovení zvláštního příjemce dávky důchodového pojištění**

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 ..... účelného\* využívání 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 / nakládat s výplatou dávky důchodového pojištění:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Toto vyjádření se vydává na vlastní žádost, pro účely ustanovení zvláštního příjemce dávky důchodového pojištění městským úřadem.

V.....dne.....

.....  
razítko a podpis lékaře

\*/ účelnost (uspokojení základních životních potřeb, strava, bydlení aj.)

\*\*/ nehodící se škrtněte