

## 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 ..... PSC .....

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