

**O b e c n í ú ř a d V a l a š s k á P o l a n k a**  
**V a l a š s k á P o l a n k a 2 7 0, 7 5 6 1 1 V a l a š s k á P o l a n k a**

**Žádost o ustanovení zvláštního příjemce důchodu**

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

**Žadatel/ka (navrhovaný zvláštní příjemce)**

jméno a příjmení .....

datum narození.....rodné číslo.....č. OP .....

trvale bytem.....PSČ.....

adresa pro doručování písemností.....PSČ.....

Žadatel/ka žádá podle § 19 odst. 3 zákona č.500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů o doručování na výše uvedenou adresu

Příbuzenský vztah k oprávněnému příjemci důchodu .....

**S ustanovením zvláštním příjemcem souhlasím.**

.....  
podpis žadatele (navrhovaného zvláštního příjemce)

**Oprávněný příjemce důchodu**

jméno a příjmení .....

datum narození.....rodné číslo.....č. OP .....

trvale bytem.....PSČ.....

adresa pro doručování písemností.....PSČ.....

Žadatel/ka žádá podle § 19 odst. 3 zákona č.500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů o doručování na výše uvedenou adresu.

**S ustanovením navrhovaného zvláštního příjemce mého důchodu souhlasím.**

Ve Valašské Polance dne .....

.....  
podpis oprávněného příjemce důchodu

**Vyjádření lékaře:**

Oprávněný(á) pan - paní

jméno a příjmení.....ze zdravotních důvodů

je - není)\* schopen(a) sám(a) přebírat důchod

je - není)\* schopen(a) vyjádřit se k ustanovení zvláštního příjemce důchodu

je - není)\* schopen(a) podpisu

je - není)\* schopen(a) přebírat písemnosti

je - není)\* schopen(a) vnímat obsah písemností

.....  
datum, razítko, podpis lékaře

\*nevyhovující škrtněte