

příjemcem dávky důchodového pojištění); vyplňuje se pouze v případě, že oprávněná osoba nemůže výplatu dávky přijímat, pokud oprávněná osoba vzhledem ke svému zdravotnímu stavu může podat vyjádření k ustanovení zvláštního příjemce.

.....
.....

V dne
podpis oprávněné osoby

Vyjádření ošetřujícího lékaře, pokud oprávněná osoba vzhledem ke svému zdravotnímu stavu není schopna výplatu dávky přijímat, není schopna vyjádřit své stanovisko shora písemně, tzn. že není schopna učinit souhlas s ustanovením zvláštního příjemce dávky důchodového pojištění, popř. pokud není schopna hospodařit s dávkou důchodového pojištění ve svůj prospěch nebo ve prospěch osob, které je oprávněná osoba povinna vyživovat):

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

V dne
podpis a razítko ošetřujícího lékaře

Výše uvedený žadatel o ustanovení zvláštním příjemcem dávky důchodového pojištění a výše uvedená oprávněná osoba svým podpisem vyjadřují též souhlas ve smyslu ustanovení § 5 odst. 2 a 4, § 9 písm. a) zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, se zpracováním svých osobních údajů, kterými jsou jméno, příjmení, rodné číslo, trvalý pobyt, adresa pro doručování, údaje o zdravotním stavu oprávněné osoby, pro účely vyplývající z této žádosti. Souhlas udělují Obecnímu úřadu Ostravice, 739 14 Ostravice 577, na dobu určitou, do dne zániku práv a závazků vzniklých z této žádosti. Prohlašují, že osobní údaje, uvedené v této žádosti, poskytnuté ke zpracování k účelu uvedenému v této žádosti, jsou pravdivé. Berou na vědomí, že jsou povinni bez zbytečného odkladu písemně oznámit jakoukoliv změnu těchto údajů.

V dne
podpis žadatele

V dne
podpis oprávněné osoby