

**Úřad městské části města Brna, Brno-Vinohrady**  
**Odbor sociálních věcí, školství a kultury**  
**Velkopavlovická 25, 628 00 Brno**

**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

**Žadatel – zvláštní příjemce dávky důchodového pojištění**

**Jméno a příjmení** .....

**Datum nar.** ..... **Rodné číslo**.....

**Trvalý pobyt**..... **PSČ**.....

**Doručovací adresa**..... **PSČ**.....  
(pozn.: adresa odlišná od trvalého pobytu, která je zapsána jako doručovací adresa na Magistrátu města Brna)

**Kontakt (telefon, e-mail)** .....

*Beru na vědomí, že podpisem této žádosti souhlasím s ustanovením zvláštním příjemcem dávky důchodového pojištění za níže uvedenou oprávněnou osobu.*

*Beru na vědomí, že podle § 118 odst. 4 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, je zvláštní příjemce dávky důchodového pojištění povinen dávku použít pouze ve prospěch oprávněného a osob, které je oprávněný povinen vyživovat. Zvláštní příjemce ustanovený oprávněnému, který nemůže výplatu přijímat, používá dávku podle pokynů oprávněného.*

*Prohlašuji, že osobní údaje, uvedené v této žádosti a poskytnuté ke zpracování k účelu uvedenému v této žádosti, jsou pravdivé a beru na vědomí, že jsem povinen bez zbytečného odkladu písemně oznámit jakoukoliv změnu těchto údajů.*

*Souhlasím v souladu s § 5 a § 9 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, s použitím mých osobních údajů pro všechny procesní úkony související s ustanovením a výkonem funkce zvláštního příjemce dávky důchodového pojištění, a to až do doby, kdy bude spis archivován a v zákonné lhůtě skartován.*

*Dále beru na vědomí, že jsem si vědom právních následků způsobených případným úmyslným uvedením nepravdivých údajů v této žádosti.*

V Brně dne .....

Podpis žadatele.....  
(zvláštního příjemce)

## **Oprávněný příjemce dávky důchodového pojištění**

**Jméno a příjmení** .....

**Datum nar.** ..... **Rodné číslo**.....

**Trvalý pobyt**..... **PSČ**.....

**Doručovací adresa**..... **PSČ**.....  
(pozn.: adresa odlišná od trvalého pobytu, která je zapsána jako doručovací adresa na Magistrátu města Brna)

**Vztah k žadateli** ..... **Důchod a výše**.....  
.....

**Důchod bude vyplácen:** a) na poště - PSČ : .....  
b) poukazem na účet č.: .....

## **Souhlas oprávněného příjemce dávky důchodového pojištění**

Souhlasím s tím, aby můj(moje) .....(dcera, otec, syn atd.)

Jméno a příjmení.....

Rodné číslo .....

Trvalý pobyt ..... **PSČ**.....

byl(a) stanoven(a) náhradním příjemcem mého důchodu, protože pro svůj zdravotní stav nemohu svůj důchod přebírat.

*Souhlasím v souladu s § 5 a § 9 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, s použitím mých osobních údajů pro všechny procesní úkony související s ustanovením a výkonem funkce zvláštního příjemce dávky důchodového pojištění, a to až do doby, kdy bude spis archivován a v zákonné lhůtě skartován.*

V Brně dne .....

Podpis .....

(oprávněné osoby)

### **Podklady potřebné pro posouzení žádosti:**

- OP žadatele a oprávněného příjemce dávky důchodového pojištění
- doklad potvrzující účast oprávněného příjemce důchodu na důchodovém pojištění (poslední výměr důchodu)
- vyjádření ošetřujícího lékaře (originál k založení do spisové dokumentace)
- v případě výplaty důchodu poukazem na účet nutno doložit k žádosti vyplněnou a potvrzenou žádost o zařízení výplaty důchodu poukazem na účet

**Úřad městské části města Brna, Brno-Vinohrady**  
**Odbor sociálních věcí, školství a kultury**  
**Velkopavlovická 25, 628 00 Brno**

**Vyjádření ošetřujícího lékaře**  
pro účely ustanovení zvláštního příjemce dávky důchodového pojištění  
podle § 10 a § 118 zákona č. 582/1991 Sb.,  
o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů.

Potvrzuji, že pan/paní ....., datum narození .....

trvale bytem .....

vzhledem ke svému zdravotnímu stavu

je - není	schopen/schopna	podpisu
je - není	schopen/schopna	přijímat výplatu dávky důchodového pojištění
je - není	schopen/schopna	vzhledem ke svému zdravotnímu stavu podat vyjádření k ustanovení zvláštního příjemce dávky důchodového pojištění

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

.....  
razítko a podpis lékaře