

Žádost o poskytnutí příspěvku na zvýšené výdaje související s trvalým používáním ortopedických, kompenzačních nebo jiných pomůcek

Jsem občanem těžce zdravotně postiženým a jako ortopedické, kompenzační nebo jiné pomůcky používám trvale :.....
v důsledku čehož mám zvýšené výdaje.

Příjmení, rodné jméno a jméno žadatele:.....

Datum a místo narození:.....v.....

Rodné číslo:.....občanství:.....

Rodinný stav:.....zaměstnání:.....

Adresa trvalého pobytu:.....

PSČ.....tel.....

Adresa bydliště:.....

PSČ.....tel.....

Zdravotní pojišťovna:.....

Číslo a platnost občanského průkazu:.....

Zákonný zástupce , opatrovník

Příjmení, rodné jméno a jméno:.....

Datum a místo narození:.....v.....

Rodné číslo:.....občanství:.....

Rodinný stav:.....zaměstnání:.....

Adresa trvalého pobytu:.....

PSČ.....tel.....

Adresa bydliště:.....

PSČ.....tel.....

Zdravotní pojišťovna:.....

Číslo a platnost občanského průkazu:.....

Prohlašuji, že jsem všechny údaje uvedl(a) pravdivě. Jsem si vědom(a) následků, které by měla nesprávnost uvedených údajů, zejména skutečnosti, že jsem povinen(a) vrátit dávku nebo její část, jestliže bych ji pobíral(a) neprávem a to na základě nesplnění uložených povinností či bych vědomě jinak způsobil(a), že dávka nebo její část byla vyplácena neprávem - § 107 odst. 1 zák.

č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů. Nepravdivé údaje mohou přivodit i případnou odpovědnost za přešůpek podle zákona 200/1990 Sb., v platném znění, pokud by se nejednalo vzhledem k okolnostem případu o trestný čin.

Beru na vědomí, že jsem povinen(a) předložit sociálnímu odboru MÚ v Hořovicích všechny potřebné doklady vztahující se k dávce a do 8 dnů oznámit písemně změny ve skutečnostech rozhodných pro trvání nároku na tuto dávku.

Pro případ potřeby souhlasím se zjištěním nebo ověřením informací o příjmových, majetkových a rodinných poměrech, popř. jiných skutečnostech vztahujících se k poskytované dávce sociální péče u všech společně posuzovaných osob.

Prohlašuji, že jsem byl(a) poučena ve smyslu § 33 zákona č. 71/1967 Sb. o správním řízení Podáním návrhu se zahajuje ve smyslu § 18 zák.č. 71/1967 Sb. správní řízení.

V dne.....

.....
Podpis žadatele

Vyjádření ošetřujícího lékaře

Výše jmenovaný(á) vzhledem ke svému zdravotnímu postižení používá trvale :.....

.....

který(á) jepomůckou.

Dg :.....

.....

Vdne.....

.....
**Jméno, příjmení, podpis
a razítko ošetřujícího
lékaře**