

Žádost o poskytnutí jednorázového příspěvku na opatření zvláštní pomůcky

Jméno a příjmení :
(zdravotně postižený občan)
Trvalé bydliště :PSČ :
Rodné čísloTelefonČíslo OP
Typ požadované pomůcky :
.....

Prohlašuji, že nejsem poživitelem důchodu z důchodového pojištění vojáků z povolání ani rodinným příslušníkem poživitele důchodu z důchodového pojištění vojáků z povolání, který není důchodově pojištěn.

Zavazuji se, že vrátím příspěvek nebo jeho poměrnou část v případě, že

- a) zvláštní pomůcka, na jejíž opatření byl příspěvek poskytnut, přestane být před uplynutím 5 let ode dne vyplacení příspěvku mým vlastnictvím,
b) do 6 měsíců ode dne vyplacení nepoužiji příspěvek na opatření zvláštní pomůcky, popřípadě použiji jen část příspěvku.

Potvrzuji, že jsem byl(a) poučen(a), že se jedná o dávku fakultativní, příspěvek bude poskytnut po ověření potřebnosti a vhodnosti pomůcky s přihlédnutím k podmínce nejmenší ekonomické náročnosti (pomůcka v základním provedení).

Datum:
.....
podpis žadatele nebo jeho zákonného zástupce (opatrovníka)

Při podání žádosti předložte : - občanský průkaz žadatele, (u dětí do 15 let rodný list)
- u nesvéprávných občanů listinu o ustanovení opatrovníka
- potvrzení o výši předběžné závazné ceny pomůcky
- u náročné pomůcky pro zrakově postižené občany doporučení TyfloCentra

Vyjádření odborného lékaře o potřebnosti a vhodnosti pomůcky (doporučení – nedoporučení):

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

Datum:
.....
Razítko a podpis odborného lékaře

Vyjádření zdravotní pojišťovny:

- nepřispívá
- přispívá částečně
- hradí plně
- zapůjčuje

Razítko a podpis lékaře zdravotní pojišťovny

V souladu s ustanovením zákona č.101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, **uděluji svým podpisem souhlas** ke zjišťování, shromažďování a uchovávání osobních údajů pro správní řízení, a to až do doby jejich archivace a skartace.

Datum:

.....

podpis

Ověřil (a) :