

**Ž á d o s t o p ř i z n á n í m i m o ř á d n ý c h v ý h o d  
p r o t ě ž c e z d r a v o t n ě p o s t i ž e n é o b ě a n y**

Jméno a příjmení : .....  
(zdravotně postižený občan)

Trvalé bydliště : ..... PSČ : .....

Datum narození: ..... rodné číslo: .....

číslo OP : ..... telefon: .....

Žádám poprvé : ANO\* NE\*

*\*nehodící se škrtněte*

Zák. zástupce,opatrovník : ..... číslo OP : .....

Rodné číslo : ..... bydliště : .....

Jméno a adresa ošetřujícího (praktického) lékaře: .....

Žádám, aby Městský úřad Mikulov, odbor sociálních věcí opatřil podle ust. § 6 odst.2 zákona č.500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů, posouzení mého zdravotního stavu pro účely správního řízení o přiznání mimořádných výhod u Lékařské posudkové služby Okresní správy sociálního zabezpečení Břeclav.

Současně beru na vědomí, že po dobu, po kterou si správní orgán opatřuje uvedené údaje, lhůty pro vydání rozhodnutí neběží.

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

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 uchování osobních údajů pro správní řízení, a to až do doby jejich archivace a skartace.

Dále souhlasím s poskytnutím informací obsažených v žádosti o posouzení zdravotního stavu Lékařské posudkové službě Okresní správy sociálního zabezpečení Břeclav, která bude posuzovat zdravotní stav pro řízení o poskytnutí mimořádných výhod.

Datum:

---

podpis

Ověřil(a) : .....