

# Žádost o příspěvek na individuální dopravu

podle § 37 vyhlášky MPSV č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů

na kalendářní rok

Zvolenou variantu označte křížkem - vzor:

## 1. Žadatel

<input type="text" value="Příjmení"/>	<input type="text" value="Jméno"/>	<input type="text" value="Titul"/>
<input type="text" value="Datum narození . . . / . . . / . . . ."/>	<input type="text" value="Rodné číslo . . . . . / . . . ."/>	
<input type="text" value="Státní příslušnost"/>	<input type="checkbox"/> Datová schránka	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
<input type="text" value="Telefon"/>	<input type="text" value="E-mail"/>	
Trvalý pobyt		
<input type="text" value="Adresa"/>	<input type="text" value="PSČ . . . . ."/>	
Adresa pro doručování (je-li stejná jako trvalý pobyt – nevyplňujte)		
<input type="text" value="Adresa"/>	<input type="text" value="PSČ . . . . ."/>	

## 2. Žádám o příspěvek na individuální dopravu, neboť jsem:

- občanem s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí, která je uvedena v příloze č. 5 písmenech a) až g) vyhlášky MPSV č. 182/1991 Sb., ve znění pozdějších předpisů
- občanem úplně nebo prakticky nevidomým
- rodičem nezaopatřeného dítěte, které je od  léčeno na klinice fakultní nemocnice pro onemocnění zhoubným nádorem nebo hemoblastosou, a to v době nezbytného léčení akutní fáze onemocnění v tomto zdravotnickém zařízení (dle § 36 odst. 1 písm. c) vyhlášky MPSV č. 182/1991 Sb., ve znění pozdějších předpisů)

## 3. Žádám o vyplacení příspěvku:

- poštovní poukázkou
- na účet (číslo účtu/kód banky)

## 4. Varianta zaslání rozhodnutí

- Protože bude mé žádosti vyhověno v plném rozsahu, nežádám rozhodnutí o přiznání dávky.
- Žádám o zaslání rozhodnutí.

## Prohlášení žadatele

### Prohlašuji, že:

- nejsem poživitelem důchodu z důchodového pojištění vojáků z povolání, ani jeho rodinným příslušníkem
- nejsem vlastníkem nebo provozovatelem motorového vozidla
- nejsem dopravován motorovým vozidlem, jehož vlastníkovi nebo provozovateli byl přiznán na toto období příspěvek na provoz motorového vozidla z důvodu, že vozidlo používá pro mou pravidelnou dopravu
- v souvislosti s ustanovením zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, dávám svým podpisem souhlas ke zpracování osobních údajů uvedených v žádosti. Tento souhlas uděluji po celou dobu řízení ve věci přiznání příspěvku na individuální dopravu až do doby archivace a skartace
- dále dávám souhlas k ověření skutečností rozhodných pro nárok na dávku, její výši nebo výplatu a na výzvu se osobně dostavím k příslušnému orgánu, pokud tomu nebudou bránit těžko překonatelné překážky, zejména zdravotní stav. Pokud nesplním ve lhůtě povinnosti stanovené příslušným orgánem, může být po předchozím upozornění žádost o dávku sociální péče zamítnuta, výplata dávky zastavena nebo dávka odejmuta
- že jsem byl(a) ve smyslu § 36 zákona č. 500/2004 Sb. správního řádu, seznámena(a) s možností vyjádřit se před vydáním rozhodnutí k jeho podkladům, popř. navrhnout jejich doplnění; prohlašuji, že proti nim nemám námitky a nejsou mi známy další okolnosti, které bych mohl(a) uvést k mé žádosti

## Závazek žadatele

**Zavazuji se, že vrátím** vyplacený příspěvek nebo jeho poměrnou část v případě, že přestanu plnit podmínky pro přiznání příspěvku na individuální dopravu.

**Zavazuji se, že neprodleně, nejpozději do 8 dnů, ohlásím** na odboru sociálním změny ve skutečnostech rozhodných pro trvání nároku na příspěvek (např. změna zdravotního stavu, skutečnost, že se stanu držitelem motorového vozidla, příp. že bude jiné osobě přiznán příspěvek na provoz motorového vozidla z důvodu, že vozidlo používá pro mou pravidelnou dopravu).

## Žadatel bere na vědomí, že k žádosti je nutné v originálu předložit:

Občanský průkaz žadatele, u dětí do 15 let rodný list, u dětí svěřených do péče rozhodnutí příslušného orgánu, při zastupování plnou moc, u nesvéprávných listinu opatrovníka. U dítěte, které je léčeno na klinice fakultní nemocnice pro onemocnění zhoubným nádorem nebo hemoblastosou, potvrzení kliniky fakultní nemocnice o léčbě v tomto zařízení s uvedením předpokládané délky léčení akutní fáze onemocnění.

V Praze dne

., . / . / . . .

---

Podpis žadatele (příp. zákonného zástupce)