



## Žádost o změnu stupně přiznaných mimořádných výhod pro občany těžce zdravotně postižené

### A. Žadatel:

Příjmení:	Jméno:	Titul:
Státní příslušnost:	Rodné číslo v ČR <sup>1)</sup> :	
Trvalý pobyt:		PSČ:
Bydliště <sup>2)</sup> :		PSČ:
Adresa pro doručování písemností		PSČ:
Telefon:	E-mail:	Datová schránka <b>ANO/NE</b> <sup>3)</sup>

### B. Zástupce žadatele:

Vyplňte v případě, že žádost podává zástupce žadatele (zmocněnec, rodič, opatrovník, poručník, jiná fyzická osoba, které byla nezletilá osoba rozhodnutím příslušného orgánu svěřena do péče).

Příjmení:	Jméno:	Titul:
Státní příslušnost:	Rodné číslo v ČR <sup>1)</sup> :	
Trvalý pobyt:		PSČ:
Bydliště <sup>2)</sup> :		PSČ:
Adresa pro doručování písemností		PSČ:
Telefon:	E-mail:	Datová schránka <b>ANO/NE</b> <sup>3)</sup>

1) Cizinci, pokud nemají v ČR přiděleno rodné číslo, uvedou v kolonce **Rodné číslo v ČR** datum narození ve tvaru den, měsíc, rok a pohlaví ve tvaru: M nebo Ž (muž nebo žena).

2) Do kolonky **Bydliště** uveďte adresu, kde se žadatel zdržuje. Je-li tato adresa shodná s adresou trvalého pobytu žadatele, kolonku nevyplňujte.

3) Označte kroužkem zvolenou variantu

### C. Návrh účastníka řízení <sup>3)</sup>:

3) Označte kroužkem zvolenou variantu

a) Žádám o změnu stupně přiznaných mimořádných výhod od 1. dne v kalendářním měsíci, ve kterém bylo zahájeno řízení ve věci.
b) Žádám o změnu stupně přiznaných mimořádných výhod od data zahájení řízení ve věci.
c) Žádám o změnu stupně přiznaných mimořádných výhod od data .....

### D. Prohlášení žadatele<sup>3)</sup>:

3) Označte kroužkem zvolenou variantu

Vzdávám se práva vyjádřit se k podkladům rozhodnutí podle § 36 odst. 3 správního řádu.  
ANO / NE

Dále dávám souhlas ke zjišťování a shromažďování osobních údajů – podkladů pro správní řízení dle ust. zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, a to po celou dobu řízení ve věci mimořádných výhod až do doby archivace a skartace.

Dále souhlasím s poskytnutím informací obsažených v žádosti o posouzení zdravotního stavu Pražské správě sociálního zabezpečení, která bude posuzovat zdravotní stav pro účely výše uvedené dávky.

Veškeré údaje v této žádosti jsou pravdivé a jsem si vědom(a) případných následků, které by pro mne z nepravdivých údajů vyplývaly.

V Praze dne .....Podpis žadatele (nebo zástupce).....

#### K žádosti prosím doložte

- pro všechny uvedené osoby v části A a B průkaz totožnosti, u dětí do 15 let rodný list
- plnou moc, pokud byla k zastupování udělena podle § 33 správního řádu



## Žádost o posouzení zdravotního stavu pro účely mimořádných výhod pro občany těžce zdravotně postižené

Č.j.

### A. Žadatel:

Příjmení:	Jméno:	Titul:
Státní příslušnost:	Rodné číslo v ČR <sup>1)</sup> :	
Trvalý pobyt:		PSČ:
Bydliště <sup>2)</sup> :		PSČ:
Adresa pro doručování písemností		PSČ:
Telefon:	E-mail:	Datová schránka ANO/NE <sup>3)</sup>

### B. Zástupce žadatele:

Vyplňte v případě, že žádost podává zástupce žadatele (zmocněnec, rodič, opatrovník, poručník, jiná fyzická osoba, které byla nezletilá osoba rozhodnutím příslušného orgánu svěřena do péče).

Příjmení:	Jméno:	Titul:
Státní příslušnost:	Rodné číslo v ČR <sup>1)</sup> :	
Trvalý pobyt:		PSČ:
Bydliště <sup>2)</sup> :		PSČ:
Adresa pro doručování písemností		PSČ:
Telefon:	E-mail:	Datová schránka ANO/NE <sup>3)</sup>

1) Cizinci, pokud nemají v ČR přiděleno rodné číslo, uvedou v kolonce **Rodné číslo v ČR** datum narození ve tvaru den, měsíc, rok a pohlaví ve tvaru M nebo Ž (muž nebo žena).

2) Do kolonky **Bydliště** uveďte adresu, kde se žadatel zdržuje. Je-li tato adresa shodná s adresou trvalého pobytu žadatele, kolonku nevyplňujte.

3) Označte kroužkem zvolenou variantu

### C. Název a adresa správního orgánu, který řízení vede:

ÚMČ Praha 5, Odbor sociální, Nám. 14. října 4/1381, 150 22 Praha 5, pracoviště Plzeňská 115/314,		
Příjmení a jméno oprávněné úřední osoby: <b>Beránková Milada / Fařková Lenka / Davidová Lenka</b>		
telefon: <b>257 000</b>	Fax: <b>257 000 617</b>	email: <b>@praha5.cz</b>

**D. Ošetřující praktický lékař žadatele:**

Vyplňte údaje, které jsou vám o ošetřujícím lékaři známy.

Příjmení:	Jméno	Titul:
Název zařízení:		
Adresa:	PSČ:	
Telefon:	E-mail:	

**E. Odborná zdravotnická zařízení, v nichž probíhala léčba v posledním období**

Vyplňte údaje, které jsou vám o zařízení známy.

Název zařízení:	oddělení:
Odborný lékař:	
Adresa	PSČ:
Telefon:	E-mail:
Název zařízení:	oddělení:
Odborný lékař:	
Adresa	PSČ:
Telefon:	E-mail:

Pro účely mimořádných výhod byl žadatel již posouzen **ANO** v roce ..... / **NE<sup>3)</sup>**Pro účely dávek sociální péče, příspěvku na péči nebo invalidního důchodu byl žadatel již posouzen **ANO** v roce ..... / **NE<sup>3)</sup>**

Uvedte účel a datum posouzení.....

Žadatel o mimořádné výhody **je držitelem** mimořádných výhod **ANO / NE<sup>3)</sup>**

I. stupně (průkaz TP)	II. stupně (průkaz ZTP)	III. stupně (průkaz ZTP/P) <sup>3)</sup>
-----------------------	-------------------------	--

3) Označte kroužkem zvolenou variantu

Kontrolní lékařská prohlídka je stanovena na/do.....

**Žádáme o posouzení zdravotního stavu k datu**.....**V Praze dne** ..... **Podpis žadatele** (nebo zástupce).....