



Návrh na změnu výše přiznaného příspěvku na péči

Tento tiskopis slouží k podání žádosti o zahájení řízení o změně výše již přiznaného příspěvku na péči.

A. Žadatel (osoba, které byl přiznán příspěvek na péči):

| | | | | | |
|--|--------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|---------------------|------------|
| Příjmení: | Jméno ¹⁾ : | Rodné číslo v ČR ²⁾ : | | | |
| Rodné příjmení ³⁾ : | Titul před: za: | Státní příslušnost: | | | |
| Trvalý pobyt: Obec: | Část obce: | Ulice: | Č. p. ⁴⁾ : | Č. orient.: | PSČ: |
| Skutečný pobyt ⁵⁾ : Obec: | Část obce: | Ulice: | Č. p. ⁴⁾ : | Č. orient.: | PSČ: |
| Adresa pro doručování ⁵⁾ : Obec: | Část obce: | Ulice: | Č. p. ⁴⁾ : | Č. orient.: | PSČ: |
| Rodinný stav ⁶⁾ : | | | | | |
| Telefon: | | E-mail: | | Id datové schránky: | |

B. Zástupce oprávněné osoby:

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

| | | | | | |
|--|--------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|---------------------|------------|
| Příjmení: | Jméno ¹⁾ : | Rodné číslo v ČR ²⁾ : | | | |
| Rodné příjmení ³⁾ : | Titul před: za: | Státní příslušnost: | | | |
| Trvalý pobyt ⁷⁾ : Obec: | Část obce: | Ulice: | Č. p. ⁴⁾ : | Č. orient.: | PSČ: |
| Adresa pro doručování ⁵⁾ : Obec: | Část obce: | Ulice: | Č. p. ⁴⁾ : | Č. orient.: | PSČ: |
| Rodinný stav ⁶⁾ : | | | | | |
| Telefon: | | E-mail: | | Id datové schránky: | |

C. Právnícká osoba zastupující žadatele:

Vyplňte v případě, že návrh podává právnická osoba, která je zmocněncem, zástupcem pro řízení o dávce (zastupuje-li nezletilou osobu zařízení sociálních služeb) nebo opatrovníkem.

| | | | | | |
|---------------------------------|------------------|--------------|-----------------------------|---------------------|------------|
| Název zařízení: | IČ: | | | | |
| Adresa zařízení: Obec: | Část obce: | Ulice: | Č. p. ⁴⁾ : | Č. orient.: | PSČ: |
| Telefon: | | E-mail: | | Id datové schránky: | |

1) Uveďte všechna jména osoby.

2) 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).

3) Kolonku **Rodné příjmení** vyplňte pouze v případě, že se liší od příjmení.

4) Pokud je místo čísla popisného přiděleno číslo evidenční, uveďte před číslem písmeno E.

5) Nevyplňujte, pokud je adresa shodná s trvalým pobytem.

6) Do kolonky **Rodinný stav** zapíše jednu z uvedených možností ve formě: 1 – svobodný(á), 2 – ženatý/vdaná, 3 – vdovec/vdova, 4 – rozvedený(á), 5 - registrované partnerství.

7) Nevyplňujte, pokud je adresa shodná s trvalým pobytem žadatele.

Osoba pověřená jednat jménem právnické osoby:

| | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---|
| Příjmení: | Jméno ¹⁾ : | Rodné číslo v ČR ⁸⁾ : |
| Funkce: | Pověření jednat od: . . 20 do: . . 20 | Titul před: za: |
| Adresa pro doručování ⁹⁾ : | Obec: Část obce: | Ulice: Č. p. ⁴⁾ : Č. orient.: PSČ: |

D. Ošetřující lékaři žadatele:

Vyplňte údaje, které jsou vám o ošetřujícím lékaři známy.

| | | |
|-----------------|------------------------------|---|
| Příjmení: | Jméno ¹⁾ : | Titul před: za: |
| Název zařízení: | | |
| Oddělení: | | |
| Adresa: | Obec: Část obce: | Ulice: Č. p. ⁴⁾ : Č. orient.: PSČ: |
| Telefon: | E-mail: | Id datové schránky: |
| Příjmení: | Jméno ¹⁾ : | Titul před: za: |
| Název zařízení: | | |
| Oddělení: | | |
| Adresa: | Obec: Část obce: | Ulice: Č. p. ⁴⁾ : Č. orient.: PSČ: |
| Telefon: | E-mail: | Id datové schránky: |

E. Požadovaná změna:

| |
|--|
| |
|--|

F. Prohlášení:

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

Podpisem rovněž dávám svůj výslovný souhlas k tomu, aby příslušné právnické osoby a fyzické osoby sdělily OSSZ, která bude posuzovat stupeň závislosti na pomoci jiné fyzické osoby, informace o zdravotním stavu.

Jsem si vědom(a) povinnosti písemně ohlásit příslušnému úřadu, který o příspěvku na péči rozhoduje, do 8 dnů změny ve skutečnostech, které jsou rozhodné pro trvání nároku na příspěvek na péči, jeho výši a výplatu a do 8 dnů změny poskytovatele sociálních služeb nebo osoby, která pomoc poskytuje.

Formulář jsem převzal(a) z oficiálních webových stránek Ministerstva práce a sociálních věcí, nezměnil(a) jsem na něm žádné pevné texty, pouze jsem pravdivě vyplnil(a) kolonky určené k vyplňování.

| | | |
|---|-----|--------|
| V | dne | . . 20 |
|---|-----|--------|

| |
|--------------------------|
| Podpis žadatele/zástupce |
|--------------------------|

Údaje, pro které na formuláři nedostačuje vyhrazené místo, uveďte na volném listě a přiložte k tiskopisu.

Formuláře žádostí, potvrzení a ostatních dokladů naleznete na internetové adrese <http://portal.mpsv.cz/forms> nebo si je vyzvednete na pracovišti Úřadu práce ČR. Na toto pracoviště se také obraťte, pokud budete mít při vyplňování pochybnosti.

8) Údaj je nepovinný. 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).

9) Nevypĺňujte, pokud je adresa shodná s adresou zařízení.