

Důchodová služba - žádost o změnu *

*Doklad je určen pro dosílku důchodu do zdravotnického zařízení

Důchodce - Příjmení, jméno, titul

Rodné číslo /

Splatnost důchodu

Ulice

Č.p./č.o..... PSČ Obec

DOSÍLKA Oddo..... Od.....do odvolání

ZRUŠENÍ DOSÍLKY

Adresa dosílky/zdravotnického zařízení

Název a ulice

Č.p./č.o..... PSČ Obec

Adresa sídla zdravotnického zařízení *

Název a ulice

Č.p./č.o..... PSČ Obec

* vyplňuje se jen v případě, že adresa sídla zdravotnického zařízení není totožná s adresou dosílky

Zástupce zdravotnického zařízení

Jméno a příjmení

Podpis, razítko.....

Stvrzení pošty

Osobní doklad důchodce (druh, číslo)

V.....dne.....Podpis žadatele/důchodce

Informace k formuláři:

Důchod nelze dosílat, pokud je stanoven (na výplatním dokladu uveden) kromě důchodce i jiný příjemce. Je-li žádost o dosílku/zrušení dosílky důchodu do zdravotnického zařízení uplatněna minimálně 10 pracovních dnů před splatností důchodu, pak je platná pro nejbližší výplatu důchodu. Později podaná změna je platná až od následujícího výplatního měsíce.

Podpisem zástupce zdravotnického zařízení stvrzuje, že pobyt důchodce ve zdravotnickém zařízení trvá, nebo bude trvat déle než 1 kalendářní měsíc, a dále i správnost adresy, na kterou má být důchod dosílán (§ 116d zákona č. 582/1991 Sb.).