



Úřad práce ČR

OZP

Tiskopis prosím vyplňte čitelně

podací razítko

C
S 15

Žádost o přiznání průkazu osoby se zdravotním postižením

A. Žadatel:

Příjmení: Novák	Jméno ¹⁾ : Pavel	Rodné číslo v ČR ²⁾ : 905542/0000
Rodné příjmení ³⁾ : Novák	Titul před: za:	Státní příslušnost: ČR
Trvalý pobyt: Obec: Praha	Část obce: Praha 7	
Ulice: Dobrovského	Č. p. ⁴⁾ : 1275	Č. orient.: 25 PSČ: 170 00
Adresa pro doručování ⁵⁾ : Obec: Praha	Část obce: Praha 7	
Ulice: Dobrovského	Č. p. ⁴⁾ : 1275	Č. orient.: 25 PSČ: 170 00
Bydliště v ČR ⁶⁾ : Ano		
Telefon: 728 004 112	E-mail: semnapis@mail.cz	ID datové schránky: dkkY95

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 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:
Telefon:	E-mail:	ID datové schránky:

C. Právnícká osoba zastupující žadatele:

Vyplňte v případě, že žádost podává zařízení zastupující žadatele (obecní úřad, ústav).

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, uveďte 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) Nevypíňujte, pokud je adresa shodná s trvalým pobytem.

6) Do kolonky **Bydliště v ČR** запиšte **ANO**, pokud osoba má na území České republiky bydliště, v opačném případě kolonku proškrtněte. Osoba má bydliště na území České republiky zejména pokud se zde dlouhodobě zdržuje, vykonává zde výdělečnou činnost, žije zde s rodinou, plní zde povinnou školní docházku nebo se zde soustavně připravuje na budoucí povolání, popřípadě existují jiné významné důvody, zájmy či aktivity, jejichž vzájemná souvislost dokládá sepestí této osoby s Českou republikou.

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

Osoba pověřená jedna 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:	Č. p. ⁴⁾ : Č. orient.: PSČ:
	Ulice:	

D. Ošetřující lékař žadatele:

Příjmení: Petr	Jméno ¹⁾ : Pavel	Titul před: MuDr za:
Název zařízení: Poliklinika Praha		
Oddělení:		
Adresa:	Obec: Praha Část obce: Praha 7	
	Ulice: Dobrovského Č. p. ⁴⁾ : 1 Č. orient.: PSČ: 170 00	
Telefon: 111 111 111	E-mail: lekar@lekar.cz	ID datové schránky: xxx xxx

E. Údaje uvedené na průkazu osoby se zdravotním postižením:

Zaškrtněte prosím jednu z následujících variant.

Požaduji nepožaduji uvést symbol označení osoby s úplnou nebo praktickou hluchotou nebo osoby hluchoslepé anebo osoby úplně nebo prakticky nevidomé.

Symbol označení osoby se zdravotním postižením bude na průkazu uveden pouze v případě, pokud uvedení symbolu požadujete a pokud nárok na používání některého ze symbolů vyplývá z posouzení zdravotního stavu.



F. Prohlášení žadatele:

Prohlašuji, že veškeré údaje, které jsou v této žádosti uvedeny, jsou pravdivé, a jsem si vědom(a) případných následků, které by pro mne z nepravdivě vyplněných údajů vyplývaly.

Podpisem rovněž dávám svůj výslovný souhlas k tomu, aby stání orgány a další právnické osoby a fyzické osoby sdělily příslušnému úřadu, který o dávce rozhoduje nebo ji vyplácí:

- údaje o přihlášení se k trvalému pobytu
- údaje o bydlišti na území České republiky
- další údaje v rozsahu potřebném pro rozhodování o dávce, její výši a výplatě.

Podpisem rovněž dávám svůj souhlas k tomu, aby příslušné právnické osoby a fyzické osoby sdělily OSSZ/PSSZ/MSSZ informace o zdravotním stavu. Jsem si vědom(a) povinnosti písemně ohlásit příslušnému úřadu, který vydává průkaz osoby se zdravotním postižením, do osmi dnů veškeré změny v údajích potřebných pro vydání průkazu osoby se zdravotním postižením.

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 Praze	dne 01.03. 2020
---------	-----------------

<i>Novák</i>
Podpis žadatele/zástupce

K žádosti prosím doložte:

- pro všechny uvedené osoby v části A a B **průkaz totožnosti**, u dětí do 15 let rodný list
- pokud v průkazu totožnosti není uvedeno rodné příjmení, doložte rodný list

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 <https://www.mpsv.cz/web/cz/formulare> 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, uvedenou v kolonce **Rodné číslo v ČR** datum narození ve tvaru den, měsíc, rok a pohlaví ve tvaru: M nebo Ž (muž nebo žena).

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