Ž Á D O S T

O PŘIZNÁNÍ PENĚŽITÉHO PŘÍSPĚVKU

Na: - doplatky za léky \*)

- **úhradu zdravotní pomůcky \*)**

- úhradu stomatologické potřeby \*)

- sociální výpomoc \*)

- jiné případy \*)

|  |
| --- |
| Jméno, příjmení žadatele/ky:  ………………………………………………………………………………..  Datum narození: ……………………….   * Žadatel/ka je člen/ka ČsOL od: ………………….. * Nositel osv.podle zák. č.255/1946 Sb., čj………………….. ze dne ……………… * Nositel osv.podle zák. č.170/2002 Sb., čj………………….. ze dne ………………   Adresa:  …………………………………………………………………………. PSČ ………………  Telefon (popřípadě tel.číslo kontaktní osoby) : …………………………………………..  Datum: ……………….. Podpis žadatele/ky: …………………………………....  ––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––  **Příspěvek požaduji zaslat poštovní poukázkou**  **Příspěvek požaduji zaslat na účet**:**……………………………………………………**  Datum: ……………….. Podpis žadatele/ky: …………………………………..  ––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––  Tímto výslovně prohlašuji, že ve smyslu nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů, souhlasím s tím, aby Československá obec legionářská zpracovávala moje osobní údaje v rozsahu uvedeném v žádosti za účelem poskytnutí peněžitého příspěvku na sociální a zdravotní podporu a poskytla je i třetím osobám, se kterými jsou za uvedeným účelem v kontaktu. Data budou zpracovávána po dobu 1 roku od udělení tohoto souhlasu. Po této lhůtě budou uchovávána pro účely dodržení daňových a účetních předpisů a za účelem povinné archivace dokladů.  Datum: ……………….. Podpis žadatele/ky: …………………………………..  Zavazuji se, že v případě neoprávněného čerpání dávek sociální a zdravotní podpory, příspěvek v plné výši vrátím.  Datum: ……………….. Podpis žadatele/ky: …………………………………..  VYJÁDŘENÍ JEDNOTY ČsOL:  Výbor žádost žadatele/ky schválil dne …………………………….  Čitelně jméno, příjmení a podpis předsedy nebo jeho zástupce, razítko:  ……………………….  Podpis  ––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––  ROZHODNUTÍ PŘEDSEDNICTVA ČsOL:  Předsednictvo Československé obce legionářské p ř i z n á v á žadateli/ce peněžitý  příspěvek na sociální a zdravotní podporu ve výši …………….. Kč.  Nepřiznává z důvodu ……………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………….  V Praze dne……………….. ……………………………….  Předseda ČsOL  razítko |

**POUČENÍ**:

**K žádosti o sociální výpomoc přiložit:**

**- doložení důvodu, pro který se žádá o výpomoc + (potvrzení o výši důchodu, čestné prohlášení o majetkových poměrech, další doklady, které žádost odůvodňují (faktury, účty apod.).**

**K ostatním požadavkům přiložit:**

**- kopie receptů pokud na paragonech z lékárny není identifikační číslo pacienta**

**- doklady o zaplacení-ORIGINÁLY, u účtů od stomatologa rozepsaný výkon**

**(ne v kódech)**

**ODESLAT na adresu uvedenou v záhlaví této žádosti.**

\*) nehodící se škrtněte