Úřad práce ČR

OZP

Tiskopis prosím vyplňte čitelně

podací razítko C – S15

Žádost o přiznání průkazu osoby se zdravotním postižením

A. Žadatel:

Příjmení: **Kadlas**	Jméno[1]: **Martin**	Rodné číslo v ČR[2]: **500526/236**
Rodné příjmení[3]:	Titul před: **Ing.** za:	Státní příslušnost: **CZE**
Trvalý pobyt: Obec: **Praha**	Část obce: **Žižkov**	
Ulice: **Roháčova**	Č. p.[4]: **268** Č. orient.: **24**	PSČ: **13000**
Adresa pro doručování[5]: Obec:	Část obce:	
Ulice:	Č. p.[4]: Č. orient.:	PSČ:
Bydliště v ČR[6]: **ANO**		
Telefon: **739694648**	E-mail: **martin@kadlas.com**	ID datové schránky: **czkzt4s**

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. Právnická 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, 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 **Bydliště v ČR** zapište **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 sepětí této osoby s Českou republikou.
7) Nevyplňujte, 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:	
Ulice:	Č. p.[4]: Č. orient.: PSČ:	

D. Ošetřující lékař žadatele:

Příjmení: **Semerád**	Jméno[1]: **Karel**	Titul před: **MUDr** za:
Název zařízení: **PRAKTICKÝ LÉKAŘ PRO DOSPĚLÉ**		
Oddělení:		
Adresa: Obec: **Praha**	Část obce: **Žižkov**	
Ulice: **Roháčova**	Č. p.[4]: **268** Č. orient.: **24**	PSČ: **13000**
Telefon: **222590047**	E-mail: **semerad@semerad.eu**	ID datové schránky:

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 vyplyne 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 **10.3.2023**

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) Nevyplňujte, pokud je adresa shodná s adresou zařízení.