Úřad práce ČR

SocS

Tiskopis prosím vyplňte čitelně

podací razítko VC – S15

Žádost o příspěvek na péči

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**
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]: **4**		
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:
Rodinný stav[6]:		
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** zapište 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.

PROSÍM OBRAŤTE

C. Právnická 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:

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. Informace pro poskytování příspěvku na péči v rámci EU:

Informace o žadateli:

Zaškrtněte jednu z uvedených variant.

Žadatel ☐ je osobou, která je zdravotně pojištěná v jiném čl. státě EU nebo která pobírá důchod nebo dávky v nezaměstnanosti ze systému sociálního zabezpečení jiného čl. státu EU a nebo která vykonává výdělečnou činnost v jiném čl. státě EU

☒ není výše uvedenou osobou

Informace o rodičích žadatele mladšího 18 let:

Vyplňte pouze v případě, že žadatel je mladší 18 let. Zaškrtněte jednu z uvedených variant.

☐ Alespoň jeden z rodičů žadatele mladšího 18ti let je osobou, která je zdravotně pojištěná v jiném čl. státě EU nebo která pobírá důchod nebo dávky v nezaměstnanosti ze systému sociálního zabezpečení jiného čl. státu EU a nebo která vykonává výdělečnou činnost v jiném čl. státě EU

☐ Žádný z rodičů žadatele mladšího 18ti let není výše uvedenou osobou

E. Ošetřující lékaři žadatele:

Vyplňte údaje, které jsou vám o ošetřujícím lékaři známy.

Příjmení: **Semerád**	Jméno[1]: **Karel**	Titul před: **MUDr.** za:
Název zařízení: **Dům s pečovatelskou službou**		
Oddělení: **Praktický lékař**		
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:
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:

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) Nevyplňujte, pokud je adresa shodná s adresou zařízení.

DALŠÍ LIST PROSÍM

F. Způsob výplaty dávky:

Zaškrtněte prosím jednu z následujících čtyř variant a do příslušné tabulky uveďte doplňující informace.

☒ na platební účet u peněžního ústavu v ČR vedeném v CZK:

Číslo účtu: **14242**	Kód banky: **0300**	Specifický symbol[10]:

☐ na platební účet zahraničního peněžního ústavu v EU, EHP nebo Švýcarsku:

Příjemce	IBAN:	Měna:
	Název:	
	Adresa: Město:	
	(uveďte alespoň město a stát) ..... Stát:	
Banka příjemce	BIC/SWIFT:	
	Název:	
	Adresa: Město:	
	(uveďte alespoň město)	

☐ poštovním poukazem na adresu trvalého pobytu v ČR

☐ poštovním poukazem na jinou adresu v ČR:

Obec: ..... Část obce: .....

Ulice: ..... Č. p.[4]: ..... Č. orient.: ..... PSČ: .....

G. 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/PSSZ/MSSZ, 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.

Poučení:

Příjemce příspěvku je povinen na vyžádání správního orgánu, který provádí kontrolu využívání příspěvku, prokázat, že byl příspěvek využit k zajištění pomoci, a to způsobem, který osvědčí využití příspěvku nebo dokladem o vyplacení příspěvku fyzickým nebo právnickým osobám, které poskytují pomoc při zvládání základních životních potřeb, uvedeným v žádosti o příspěvek, popřípadě ohlášeným podle § 21 odst. 1 písm. d) nebo § 21 odst. 2 písm. c), a to nejvýše 1 rok zpětně.

V **Praze** dne **18.7.2024**

Podpis žadatele/zástupce

K žádosti prosím doložte

- pro všechny uvedené osoby **průkaz totožnosti**, u dětí do 15 let rodný list
- pokud v průkazu totožnosti není uvedeno rodné příjmení, doložte rodný list
- **Oznámení o poskytovateli pomoci**

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.

10) Kolonku **Specifický symbol** vyplňte pouze v případě Československé obchodní banky pro účty s číslem 6699.

Úřad práce ČR

Příloha - SocS

Tiskopis prosím vyplňte čitelně

podací razítko VC – S15

Oznámení o poskytovateli pomoci

Tento doklad slouží k oznámení o poskytovateli pomoci a ohlášení jeho změn. Doklad musí podat žadatel o příspěvek na péči se žádostí o přiznání příspěvku. Změny týkající se zajištění pomoci je žadatel povinen ohlásit do 8 dnů od jejich vzniku.

A. Osoba zodpovědná (žadatel) za úplnost a správnost tohoto formuláře:

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**		
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]: **4**		
Telefon: **739694648**	E-mail: **martin@kadlas.com**	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** zapište jednu z uvedených možností ve formě: 1 – svobodný(á), 2 – ženatý/vdaná, 3 – vdovec/vdova, 4 – rozvedený(á), 5 - registrované partnerství.

PROSÍM OBRAŤTE

B. Poskytovatelé sociálních služeb a jiné pomoci:

Vyplňte údaje o poskytovatelích sociálních služeb[7], kteří žadateli o příspěvek na péči (osobě, které byl přiznán příspěvek na péči) poskytují nebo budou poskytovat pomoc. Osoby blízké a asistenty sociální péče, kteří poskytují pomoc, uveďte v části C.

Podpisem poskytovatel projevuje souhlas s poskytováním pomoci. Poskytovatel, kterým je zařízení sociálních služeb uvedené v § 48 až 50 zákona o sociálních službách, poskytující osobě pobytové sociální služby, bere na vědomí povinnost ohlásit podle § 21a zákona o sociálních službách úřadu, který o příspěvku rozhoduje, přijetí osoby do ústavní péče v nemocnici nebo odborném zdravotnickém léčebném ústavu a propuštění z tohoto zařízení. Poskytovatel si je také vědom povinnosti vyplývající z § 21a odst. 2 zákona o sociálních službách.

1.

Poskytovatel: DÍVČÍ KATOLICKÁ STŘEDNÍ ŠKOLA | IČ: 47611162

Pracoviště: PLATNÉŘSKÁ 191/4, PRAHA 1 110 00

Adresa pracoviště: Obec: PRAHA 1 Část obce: STARÉ MĚSTO

Ulice: PLATNÉŘSKÁ Č. p.[4]: 191 Č. orient.: 4 PSČ: 110 00

Název služby: KŘIŽOVNICKÁ PEČOVATELSKÁ SLUŽBA

Datum zahájení[8]: 13.11.2018 Datum ukončení[9]: 31.12.2021 Identifikační číslo služby[10]: 228 51 08

Název služby: KŘIŽOVNICKÁ PEČOVATELSKÁ SLUŽBA

Datum zahájení[8]: 18.1.2024 Datum ukončení[9]: Identifikační číslo služby[10]: 228 51 08

Název služby:

Datum zahájení[8]: Datum ukončení[9]: Identifikační číslo služby[10]:

Podpis: Dívčí katolická střední škola Křižovnická pečovatelská služba Platnéřská 4 110 00 Praha 1 Šejpalová

2.

Poskytovatel: | IČ:

Pracoviště:

Adresa pracoviště: Obec: Část obce:

Ulice: Č. p.[4]: Č. orient.: PSČ:

Název služby:

Datum zahájení[8]: Datum ukončení[9]: Identifikační číslo služby[10]:

Název služby:

Datum zahájení[8]: Datum ukončení[9]: Identifikační číslo služby[10]:

Název služby:

Datum zahájení[8]: Datum ukončení[9]: Identifikační číslo služby[10]:

Podpis:

7) Poskytovatelem sociálních služeb je poskytovatel, který je zapsán v registru poskytovatelů sociálních služeb podle § 85 odst. 1 nebo dětský domov, anebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu nebo zdravotnické zařízení ústavní péče poskytující sociální služby podle § 52 zákona o sociálních službách.

8) Do kolonky **Datum zahájení** uveďte datum zahájení poskytování pomoci. Pokud oznamujete ukončení pomoci, kolonku nevyplňujte.

9) Do kolonky **Datum ukončení** uveďte datum ukončení poskytování pomoci. Pokud oznamujete zahájení poskytování pomoci, kolonku nevyplňujte.

10) Kolonku **Identifikační číslo služby** vyplňte pouze v případě, že se jedná o sociální službu registrovaného poskytovatele péče.

DALŠÍ LIST PROSÍM

C. Pomoc poskytovaná osobou blízkou nebo asistentem sociální péče:

Vyplňte údaje o osobách, které žadateli o příspěvek na péči (osobě, které byl přiznán příspěvek na péči) poskytují nebo budou poskytovat pomoc.

Podpisem poskytovatel projevuje souhlas s poskytováním pomoci a bere na vědomí povinnost nahlásit podle § 21a zákona o sociálních službách úřadu, který o příspěvku rozhoduje, přijetí oprávněné osoby k hospitalizaci, propuštění z hospitalizace a úmrtí oprávněné osoby.

1.	Příjmení:	Jméno[1]:	Rodné číslo v ČR[2]:
	Rodné příjmení[3]:	Titul před: za:	Státní příslušnost:
	Trvalý pobyt[11]: Obec: ..... Část obce: ..... Ulice: ..... Č. p.[4]: ..... Č. orient.: ..... PSČ:		
	Osoba blízká[12]:	Společná domácnost[13]:	Asistent sociální péče[14]:
	Telefon:	E-mail:	ID datové schránky:
	Datum zahájení[8]:	Datum ukončení[9]:	Podpis:
2.	Příjmení:	Jméno[1]:	Rodné číslo v ČR[2]:
	Rodné příjmení[3]:	Titul před: za:	Státní příslušnost:
	Trvalý pobyt[11]: Obec: ..... Část obce: ..... Ulice: ..... Č. p.[4]: ..... Č. orient.: ..... PSČ:		
	Osoba blízká[12]:	Společná domácnost[13]:	Asistent sociální péče[14]:
	Telefon:	E-mail:	ID datové schránky:
	Datum zahájení[8]:	Datum ukončení[9]:	Podpis:

D. Prohlášení:

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

Jsem si vědom(a) povinnosti písemně ohlásit příslušnému úřadu, který o dávce rozhoduje, do 8 dnů změny ve skutečnostech, které jsou rozhodné pro trvání nároku na dávku, její výši a výplatu a do 8 dnů změny poskytovatele sociálních služeb nebo osoby, která péči 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 **Praze** dne 18. . 20 24

podpis žadatele

K oznámení prosím doložte:

- Písemnou smlouvu o poskytnutí pomoci, pokud je pomoc osobě poskytována asistentem sociální péče

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.

11) Nevyplňujte, pokud je adresa shodná s trvalým pobytem žadatele.
12) Do kolonky **Osoba blízká** uveďte vztah osoby poskytující pomoc k žadateli ve tvaru: 1 – manžel(ka), 2 – dítě, 3 – rodič, 4 – sourozenec, 5 – prarodič, 6 – zeť/snacha, 7 – vnuk/vnučka, 8 – tchán/tchyně, 9 – pravnuk/pravnučka, 10 – jiná osoba.
13) Do kolonky **Společná domácnost** vyplňte **ANO**, jestliže osoba poskytující pomoc žije s žadatelem ve společné domácnosti.
14) Do kolonky **Asistent sociální péče** vyplňte **ANO**, pokud osoba poskytující pomoc je asistent sociální péče.