

Prohlášení k poskytování dávek

Jméno: Příjmení:

Datum narození:

Adresa trvalého pobytu:

.....

.....

Žádám, na základě § 19, odst. 3, zákona č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a odst. 3, § 58, zákona č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, aby dávky pro osoby se zdravotním postižením, které pobírám a dávky státní sociální podpory, které pobírám, byly trvale odesílány

poštovní poukázkou na adresu:

.....

.....

.....

.....

.....

V dne

Podpis: