

Formulář F12	 Obec Dambořice Pod Kostelem 69 696 35 Dambořice
------------------------	--

--

Žádost o poskytnutí příspěvku pro dítě - osoby nemocné či ZTP
--

1. Rodiče dítěte:

Jméno a příjmení matky: _____

Jméno a příjmení otce: _____

Adresa (PSČ, obec, ulice čp.): _____

Telefon, email: _____

2. Dítě - osoba nemocná či ZTP, kterému nebo které je určen příspěvek:

Jméno a příjmení: _____

Kód diagnózy: _____ Datum a místo narození: _____

Adresa (PSČ, obec, ulice čp.): _____

3. Přiznaný státní příspěvek na péči o dítě - osobu nemocnou či ZTP:

(označte křížkem a vyplňte nebo proškrtněte):

☐ NE .☐ ANO ... stupeň / druh _____ ve výši _____ Kč/měs.**4. Přiznaný invalidní důchod dítěte - osoby nemocné či ZTP:**

(označte křížkem a vyplňte nebo proškrtněte):

☐ NE .☐ ANO ... stupeň / druh _____ ve výši _____ Kč/měs.**5a. Souhlas dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a dle Nařízení EP a Rady (EU) č. 2016/279 (též „GDPR“):***Souhlasím se zpracováním výše uvedených osobních údajů pro potřeby poskytovatele příspěvku (Obce Dambořice).**Všechny tyto uvedené osobní údaje jsou neveřejné.***5b. Čestné prohlášení:***a) Stvrzuji svým podpisem, že všechny uvedené údaje jsou pravdivé a úplné. Beru na vědomí, že poskytovatel příspěvku (Obec Dambořice) může v souladu s právními předpisy provádět kontrolní činnost včetně formy místního šetření.**b) Čestně prohlašuji, že v případě poskytnutí příspěvku bude tento v celé výši použit pro potřeby dítěte tzn. osoby nemocné resp. ZTP. Na poskytnutí příspěvku není právní nárok.***Datum:** _____**Podpis žadatele /zákonného zástupce/:** _____