Příloha žádosti o speciální tarif pro osobu se zvláštními sociálními potřebami ze dne………. („Žádost“)

**ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ ÚČASTNÍKA, K JEHOŽ SLUŽBĚ SE ŽÁDOST VZTAHUJE – - účastník je zdravotně postiženou osobou či osobou s nízkými příjmy**

Prosím, čitelně vyplňte a vybrané možnosti označte. A B C D 1 2 3 4

# 1. ÚČASTNÍK

Příjmení, jméno, titul: Obchodní firma/název:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Ulice:

Č. popisné:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Č. orientační:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

Obec - městská část:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Rodné číslo:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Vyplňuje nepodnikající osoba.

Číslo pasu:

Pouze pro cizince.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

PSČ:

**2. SLUŽBA ÚČASTNÍKA, KE KTERÉ SE ŽÁDOST A TOTO ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ VZTAHUJE**

Číslo služby (tel. číslo): …………………….

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

# ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

### Čestně prohlašuji a současně stvrzuji svým podpisem, že:

Jsem zákonným zástupcem, poručníkem či opatrovníkem nezletilé zdravotně postižené osoby či nezletilé osoby s nízkými příjmy

(jak je uvedena v bodě 4 Žádosti) nebo mi taková osoba byla svěřena do péče nahrazující péči rodičů.1

Jsem požádal(a) Úřad práce o nové posouzení nároku na příspěvky určené pro osoby se zdravotním postižením a že je mi i nadále vyplácen příspěvek na péči dle původních dokladů.

Údaje uvedené v bodě 5.1. Žádosti jsou pravdivé, zejm. skutečně existují a jsou platně vydané tam uvedené doklady pro osobu, která zakládá nárok v Žádosti, a byl(a) jsem poučen(a) o právních následcích nepravdivosti tohoto prohlášení2

**Zdravotně postižená osoba či osoba s nízkými příjmy, je-li odlišná od účastníka výše**

Příjmení, jméno, titul:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

Ulice:

Č. popisné:

Č. orientační:

Obec - městská část:

Rodné číslo:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Vyplňuje nepodnikající osoba.

Číslo pasu:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

Pouze pro cizince.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

PSČ:

# PODPISY

**Účastník Za O2 Czech Republic a.s. - BLESKmobil převzal**

## ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Jméno a příjmení: Jméno a příjmení:

Datum a místo podpisu: Datum a místo podpisu:

Podpis a razítko:

Podpis a razítko (v případě podání žádosti na prodejním místě):

1. Označte křížkem v případě, že odmítáte pořízení fotokopie dokladu ve kterém je nezletilá osoba zapsána.
2. Označte křížkem v případě, že odmítáte pořízení fotokopií dokladů uváděných v bodě 5.1. Žádosti.