

Úřad práce

Č.j.:

ŽÁDOST
o uznání osobou zdravotně znevýhodněnou

A. Žadatel/žadatelka:

Příjmení:	Jméno:	Titul:
Rodné příjmení:	Rodné číslo:	
Datum a místo narození:	Státní občanství:	
Telefon:	Email:	
Jméno a příjmení zákonného zástupce ¹⁾ :		

B. Adresa bydliště²⁾:

Obec:	Část obce:	
Ulice:	Číslo:	PSC:

C. Adresa pro doručování³⁾:

Obec:	Část obce:	
Ulice:	Číslo:	PSC:

D. Ošetřující praktický lékař:

Příjmení:	Jméno:	
Obec:	Část obce:	
Ulice:	Číslo:	PSC:
Telefon:	Email:	

¹⁾ Vyplňte, je-li žadatelem nezletilá osoba

²⁾ U státního občana ČR a cizince, který není občanem EU nebo jeho rodinným příslušníkem, adresa místa trvalého pobytu na území ČR.

U cizince, který je občanem EU nebo jeho rodinným příslušníkem, adresa trvalého nebo přechodného pobytu na území ČR a pokud takový pobyt nemá, adresa místa, kde se na území ČR obvykle zdržuje.

³⁾ Vyplňte, není-li totožná s adresou bydliště

E. Jste invalidní na základě posudku (rozhodnutí) orgánu sociálního zabezpečení?

(nehodící se škrtněte)

Ano	Ne
-----	----

Pokud ano, uveďte, kterým orgánem byl vydán posudek (rozhodnutí):

.....

datum (den, měsíc, rok):

- s výsledkem: uznání invalidity ve 3. stupni (dříve plné invalidity)
 uznání invalidity v 1. nebo 2. stupni (dříve částečné invalidity)

F. Byl Váš zdravotní stav již posuzován za účelem uznání osobou zdravotně znevýhodněnou (dříve osobou se změněnou pracovní schopností)?

Ano	Ne
-----	----

Pokud ano, uveďte, kterým orgánem sociálního zabezpečení:

.....

datum (den, měsíc, rok):

G. Dosavadní povolání a kvalifikace:

Dosažené vzdělání: základní vyučen/a středoškolské vysokoškolské
Dosud jsem pracoval/a jako: (pro OZZ výčet všech vykonávaných profesí):

.....

.....

V současné době: nepracuji pracuji jako

Vykonávám práci: těžkou středně těžkou lehkou psychicky náročnou

Úvazek: plný částečný

Směnný provoz: jednosměnný dvousměnný třísměnný nepřetržitý

Změna zaměstnání ze zdravotních důvodů: Ne

Ano

Pokud ano, uveďte kdy, z kterého a do kterého zaměstnání:

.....

.....

H. Udělení souhlasu:

Souhlasím se zpracováním svých osobních údajů pro účely uznání osobou zdravotně znevýhodněnou.
--

V dne

Podpis žadatele/žadatelky

Záznamy úřadu práce

Totožnost žadatele/žadatelky ověřil/a podle dokladu:
--

Dne:

Podpis zaměstnance/zaměstnankyně ÚP: