

Žádost
o příspěvek na provoz motorového vozidla, platná pro rok 2011 .

A) ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÁ OSOBA, na jejíž dopravu je příspěvek určen:

Příjmení a jméno rodné číslo

Přesná adresa PSČ telefon

PRŮKAZ MIMOŘÁDNÝCH VÝHOD:

ZTP č. ZTP/P č. vydaný dne platnost do

(zdravotní stav odpovídá přiznání mimořádných výhod ode dne) vyplní MěÚ

B) MAJITEL MOTOROVÉHO VOZIDLA, které slouží k dopravě výše uvedené zdravotně postižené osoby:

Příjmení a jméno rodné číslo

Přesná adresa PSČ telefon

RODINNÝ VZTAH k dopravované osobě

C) VOZIDLO, sloužící k dopravě zdravotně postižené osoby:

Značka majitelem ode dne SPZ

Obsah ccm Číslo velkého tech. průkazu

Příští tech. kontrola

Majitel vozidla žádá (žádal) v tomto roce o další příspěvek na další zdravotně postiženou osobu:

Jméno rod. číslo

D) O uvedený příspěvek žádám od: (zakroužkujte)

1. 1. 1. 2011 .

2. **data splnění všech podmínek** (potvrzení o zdravotním stavu lékařem OSSZ (resp. průkaz ZTP,ZTP/P), vlastnictví pojízdného vozidla, pravidelná doprava)

3. **jiného data**

Pobírám důchod z důchodového pojištění vojáků z povolání (zakroužkujte) - ano – ne

Tento vojenský důchod pobírá dopravovaná osoba **ano – ne**

POUČENÍ MAJITELE MOTOROVÉHO VOZIDLA:

1. § 36 zákona č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů,

(1) Nestanoví-li zákon jinak, jsou účastníci oprávněni navrhopvat důkazy a činit jiné návrhy po celou dobu řízení až do vydání rozhodnutí; správní orgán může usnesením prohlásit, dokdy mohou účastníci činit své návrhy.

(2) Účastníci mají právo vyjádřit v řízení své stanovisko. Pokud o to požádají, poskytne jim správní orgán informace o řízení, nestanoví-li zákon jinak.

(3) Nestanoví-li zákon jinak, musí být účastníkům před vydáním rozhodnutí ve věci dána možnost vyjádřit se k podkladům rozhodnutí; **to se netýká žadatele, pokud se jeho žádosti v plném rozsahu vyhovuje**, a účastníka, který se práva vyjádřit se k podkladům rozhodnutí vzdal.

2. Je seznámen s povinností hlásit do 8 dnů písemně nebo ústně na Odboru sociálních věcí MěÚ Hlinsko veškeré změny – ve vlastnictví či technické kontrole vozidla, ve zdravotním stavu, platnosti průkazu mimořádných výhod, či změně bydliště ..., které ovlivňují poskytování či výši příspěvku.

3. Zavazuje se, že uvedeným vozidlem bude zdravotně postižená osoba pravidelně dopravována – alespoň 1x za každé 2 měsíce, nejméně však 12x za rok – dle jejích potřeb do zdravotnických, resp. školských zařízení, do zaměstnání nebo za vyřizování soukromých záležitostí.

4. Zavazuje se, že vyplacený příspěvek nebo jeho poměrnou část vrátí v případě, že získá příspěvek na základě nepravdivých údajů, nebo přestane plnit výše uvedené podmínky pro přiznání příspěvku – zejména pravidelnost dopravy, platnost technické kontroly a platnost průkazu mimořádných výhod.

V dne

Podpis majitele mot. vozidla
(popř. jeho opatrovníka)

DRŽITEL (ka) MIMOŘÁDNÝCH VÝHOD:

1. **Potvrzuje**, že údaje majitele motorového vozidla souhlasí se skutečností a motorové vozidlo je využíváno pro jeho (její) pravidelnou dopravu:

NÁVŠTĚVY LÉKAŘE: Jméno, místo, cca počet návštěv za měsíc

.....
.....
.....

DOPRAVA DO ŠKOLY, ZAMĚSTNÁNÍ, ÚSTAVU: Kam, jak často

.....
DALŠÍ VYUŽITÍ: Účel, četnost za měsíc
.....
.....

2. **Pověřuje výše uvedeného majitele** motorového vozidla jako jedinou osobu k podání této žádosti **a souhlasí**, aby mu (jí) byl finanční příspěvek na dopravu vyplácen.

3. **Prohlašuje, že nepobírá příspěvek na individuální dopravu** od obecního (městského) úřadu v místě trvalého bydliště.

V dne

Podpis držitele mimořádných výhod
(popř. jeho opatrovníka)

Za MěÚ ověřil (a)

Dne