Úřad práce hl.m.Prahy, Domažlická 11, Praha 3

Č.j.: ÚPP/OZZ/2007/

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[3)]		

B. Adresa bydliště[1)]:

Obec :	Část obce :	
Ulice :	Číslo :	PSČ :

C. Adresa pro doručování[2)]:

Obec :	Část obce :	
Ulice :	Číslo :	PSČ :

D. Ošetřující praktický lékař:

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

[1)] 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.

[2)] Vyplňte, není-li totožná s adresou bydliště

[3)] Vyplňte, je-li žadatelem nezletilá osoba

E. Jste plně nebo částečně 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 plné invalidity

☐ uznání částečné invalidity

F. Byl Váš zdravotní stav již posuzován za účelem uznání osobou zdravotně znevýhodněnou (dříve osobu 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 ☐středoškolské ☐vysokoškolské

Dosud pracoval jako: (*pro OZZ výčet všech dosud vykonávaných profesí*):

……

……

V současné době: ☐nepracuje ☐pracuje – jako……..

Vykonává práci: ☐těžkou ☐středně těžkou ☐lehkou ☐psychicky náročnou

Úvazek: ☐plný ☐částečný

Směnný provoz: ☐1 ☐2 ☐3

Změna zaměstnání ze zdravotních důvodů: ☐Ne

☐Ano (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 za úřad práce ověřil/a podle dokladu : Dne:		Podpis zaměstnance:	
Zaevidoval dne:	Číslo jednací: (*vyplnit do záhlaví žádosti)*	Příjmení:	Podpis:
Kopie žádosti vypravena LPS ÚPP k posouzení dne: Prostřednictvím: osobně / podatelnou ÚPm / jinak ……..			
LPS ÚPP převzala:	Dne:	Příjmení:	Podpis: