

Žiadosť o dôchodok

Druh dôchodku:
 Kód:

Dátum uplatnenia nároku <input type="text"/>	Došlo do ústredia Sociálnej poisťovne:	Rodné číslo žiadateľa-žiadateľky <input type="text"/>
Dátum spísania žiadosti <input type="text"/>		Pôvodné rodné číslo žiadateľa-žiadateľky, ak bolo <input type="text"/>

1. Žiadateľ - Žiadateľka

Priezvisko <input type="text"/>	Predošlé priezvisko (priezviská) <input type="text"/>		
Meno <input type="text"/>	Akademický titul <input type="text"/>	Deň, mesiac, rok a miesto narodenia <input type="text"/>	
Bydlisko: Ulica <input type="text"/>	Číslo <input type="text"/>	Obec (ak nemá poštu alebo ulicu) <input type="text"/>	Stav <input type="text"/>
PSC <input type="text"/>	Pošta bydliska <input type="text"/>	Číslo okresnej poštovej pečiatky (ústavu) <input type="text"/>	Štát <input type="text"/>
Ste umiestnený - umiestnená v ústave: Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>		Ak áno, uveďte: kde a odkedy: <input type="text"/>	
Poberáte dôchodok: Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>		Ak áno, uveďte: aký, od koho, pod akým číslom: <input type="text"/>	
Poberali ste dôchodok: Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>		Ak áno, uveďte: aký, od koho, pod akým číslom: <input type="text"/>	
Potvrdenie útvaru sociálneho zabezpečenia príslušného ministerstva (VÚSZ) o období služobného pomeru, ktoré bolo zhodnotené na účely výsluhového dôchodku (invalidného výsluhového dôchodku), pripojené: Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>			
Potvrdenie útvaru sociálneho zabezpečenia príslušného ministerstva (VÚSZ), či žiadateľ získal obdobie služby v rozsahu zakladajúcom nárok na výsluhový dôchodok (invalidný výsluhový dôchodok), pripojené: Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>			

2. Údaje o zomretom - zomretej

Priezvisko <input type="text"/>	Deň, mesiac, rok a miesto narodenia <input type="text"/>	
Meno <input type="text"/>	Rodné číslo <input type="text"/>	Zomrel - zomrela dňa: <input type="text"/>
Poberal-poberala dôchodok od Sociálnej poisťovne: Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>		Ak áno, uveďte pod akým číslom: <input type="text"/>

3. Zákonný zástupca

Priezvisko <input type="text"/>	Ustanovený uznesením <input type="text"/> súdu		
Meno <input type="text"/>	Akademický titul <input type="text"/>	v <input type="text"/>	
Bydlisko: Ulica <input type="text"/>	Číslo <input type="text"/>	Obec (ak nemá poštu alebo ulicu) <input type="text"/>	č. <input type="text"/> z <input type="text"/>
PSC <input type="text"/>	Pošta bydliska <input type="text"/>	Číslo okresnej poštovej pečiatky <input type="text"/>	Štát <input type="text"/>

4. Žiadam o priznanie sirotského dôchodku

Priezvisko a meno dieťaťa	Deň, mesiac, rok narodenia, rodné číslo	Priezvisko a meno otca	Priezvisko a meno matky	Dieťa poberá dôchodok pod číslom rozhodnutia

5. Prehľad o zamestnaní, poistení, inej činnosti

Prehľad o zamestnaní, poistení, inej činnosti žiadateľa - žiadateľky, prípadne zomretého poistenca - zomretej poistenkyne, od ukončenia povinnej školskej dochádzky až do dňa podania žiadosti o dôchodok, prípadne smrti.			Poznámky a údaje o predložených dokladoch
Štúdium po ukončení povinnej školskej dochádzky, uveďte: názov školy a formu štúdia (napr. denné, popri zamestnaní, kombinované, externé)	Od	Do	
na strednej škole (učilišti, na strednom odbornom učilišti):			
na vysokej škole:			
Vojenská služba:			
Civilná služba:			
Zdokonaľovacia služba (vojenské cvičenie):			
Súdna rehabilitácia: Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>			
Odo dňa priznania dôchodku súčasne žiadam priznať aj príplatok k dôchodku politickým väzňom podľa zákona č. 274/2007 Z. z. Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>			
Mimosúdna rehabilitácia: Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>			

Prehľad o dobe zamestnania, období dôchodkového poistenia a iných činnosti je uvedený na osobitnej prílohe.

Sídlo zamestnávateľa (odštepného závodu alebo inej organizačnej zložky) zapísané do obchodného registra ku dňu rozdelenia Českej a Slovenskej Federatívnej republiky, t. j. k 31. decembru 1992 alebo naposledy pred týmto dňom, ak žiadateľ vykonával zárobkovú činnosť na území Slovenskej republiky alebo Českej republiky, bolo na území: Slovenskej republiky Českej republiky

Doba poistenia v JRD do 31. marca 1962: Áno Nie Ak áno, poistený - poistená: od do

Doba poistenia jednotlivého hospodáriaceho roľníka a iných osôb samostatne hospodáriacich pred 1. májom 1990: Áno Nie

Ak áno: od do Poistné bolo zaplatené za čas: od do

Po vzniku nároku na dôchodok bolo poistné zaplatené dňa: za dobu: od do

Podpis žiadateľa - žiadateľky
(zákonného zástupcu)

6.

Vyplácal sa príspevok pred umiestnením do zamestnania?	Áno <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Vyskytla sa doba evidovania uchádzača o zamestnanie pred 1.1.2001?	Áno <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Vyskytla sa doba poberania podpory v nezamestnanosti od 1.1.2001 do 31.12.2003?	Áno <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Vyskytli sa náhradné doby podľa § 9 zákona č. 100/1988 Zb. o sociálnom zabezpečení v znení neskorších predpisov mimo doby zamestnania?	Áno <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Poskytovala sa dávka v hmotnej núdzi?	Áno <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>

7. Žiadosť o uznanie starostlivosti o deti - výchovy detí

Priezvisko a meno dieťaťa	Deň, mesiac, rok narodenia (úmrčia)	Priezvisko a meno otca	Priezvisko a meno matky	Starostlivosť o deti		Dieťa je alebo bolo v starostlivosti inej osoby alebo ústavu ?
				od	do	
						Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
						Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
						Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
						Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
						Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
						Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
						Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
						Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
						Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
						Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
						Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
						Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
						Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
						Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
						Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>

8.

52 týždňové podporné obdobie skončí - skončilo dňa:

V období 52 týždňov pred dátumom spísania žiadosti o dôchodok bolo počas dočasnej pracovnej neschopnosti poskytované nemocenské (náhrada príjmu):

od <input type="text"/>	do <input type="text"/>	od <input type="text"/>	do <input type="text"/>
od <input type="text"/>	do <input type="text"/>	od <input type="text"/>	do <input type="text"/>

Doklad o dobe poberania náhrady príjmu pri dočasnej pracovnej neschopnosti zamestnanca, platu alebo služobného príjmu pri dočasnej pracovnej neschopnosti v období 52 týždňov pred dátumom spísania žiadosti o dôchodok pripojený: Áno Nie

Mám ošetrojúceho lekára: v Slovenskej republike v inom štáte

Meno, priezvisko ošetrojúceho lekára:

Adresa ošetrojúceho lekára:

9.

Bol nariadený výkon rozhodnutia zrážkami zo mzdy - z iných príjmov: Áno Nie Ak áno, uveďte názov orgánu, ktorý výkon rozhodnutia nariadil: _____

rozhodnutím zo dňa _____ číslo _____

Rozhodnutie o nariadení výkonu rozhodnutia a doklad o sume dosiaľ vykonaných zrážok pripojené: Áno Nie

Nárok na dôchodok uplatňujem v súvislosti so zavineným protiprávnym konaním tretej osoby: Áno Nie

Ak áno, uveďte údaje tretej osoby: priezvisko, meno _____

bydlisko _____

ktorej zavinené protiprávne konanie spočívalo v _____

Dôchodok žiadam priznať od: _____

Súčasne žiadam aj o priznanie dôchodku z dôchodkového poistenia iného štátu? Áno Nie

Žiadate aj o starobný dôchodok pred dosiahnutím dôchodkového veku z Českej republiky? Áno Nie

Dôchodok žiadam vyplácať v hotovosti: Dôchodok poukazovať na účet v banke:

Poukazovať hromadným poukazom do zariadenia sociálnych služieb: Názov _____

Obec (ak nemá poštu alebo ulicu), ulica, číslo _____

PSČ _____ Číslo okresnej poštovej pečiatky _____ Pošta _____ Štát _____

Výplatu dôchodku žiadam v deň výplaty dôchodku manžela (ky): Áno Nie

Ak áno, uveďte číslo, pod ktorým je vyplácaný: _____

10. Výpis z knihy manželstiev

Ženich: Priezvisko a meno	Deň, mesiac, rok a miesto narodenia	Nevesta: Priezvisko a meno	Deň, mesiac, rok a miesto narodenia	Dátum sobáša

Manželstvo bolo rozvedené: Áno Nie

Ak áno, manželstvo bolo rozvedené rozsudkom _____ súdu v _____

č. _____ z _____

11.

Manžel - manželka poberá dôchodok upravený z dôvodu jediného zdroja príjmu: Áno Nie

Ak áno, uveďte:

Priezvisko, meno, akademický titul manžela - manželky _____

Rodné číslo manžela - manželky _____

12.

Vyhlasujem, že údaje v tejto žiadosti sú podľa mojich vedomostí pravdivé a úplné. Som si vedomý - vedomá právnych následkov uvedenia nepravdivých údajov, ako i povinnosti vrátiť neprávom vyplatené sumy dôchodku.

Súhlasím, aby moje osobné údaje a informácie uvedené v tejto žiadosti boli použité v konaní o dôchodok podľa zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení a boli uchovávané v informačnom systéme Sociálnej poisťovne.

Súhlasím, aby moje osobné údaje boli poskytnuté nositeľovi sociálneho zabezpečenia v cudzine na účely nároku na dôchodok z cudziny. Som si vedomý - vedomá nevyhnutnosti oznámiť Sociálnej poisťovni každú zmenu údajov uvedených v žiadosti.

Bola som poučená o povinnosti oznámiť Sociálnej poisťovni zmenu počtu detí, u ktorých podmienku výchovy som spíjala v čase priznania invalidného dôchodku.

Pripojuje sa dokladov _____

Podpis žiadateľa - žiadateľky
(zákonného zástupcu) _____

Žiadosť spísal (meno a priezvisko) _____

Odtlačok pečiatky pobočky Sociálnej poisťovne
a podpis zodpovedného zamestnanca _____

13.

Bola so mnou (so zomretým - zomretou) uzavretá zmluva o starobnom dôchodkovom sporení podľa zákona č. 43/2004 Z. z. o starobnom dôchodkovom sporení a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

Áno Nie

s dôchodkovou správcovskou spoločnosťou:

dňa:

Som poberateľom úrazovej renty

Áno Nie

Požiadal som o úrazovú rentu

Áno Nie

Žiadam o zvýšenie sumy dôchodku za obdobie poistenia po vzniku nároku na dôchodok

Poznámky a vyjadrenia k žiadosti:

Potvrdzujem, že vyššie uvedený žiadateľ(ka) o priznanie príplatku k dôchodku sa na tunajšej pobočke Sociálnej poisťovne

dňa preukázal(a) platným občianskym preukazom č. vydaným

Podpis žiadateľa - žiadateľky
(zákonného zástupcu)

Odtlačok pečiatky pobočky Sociálnej poisťovne
a podpis zodpovedného zamestnanca

Zoznam príloh k žiadosti o dôchodok

VZOR