

Žádost o potvrzení čerpání péče

Pro potřebu žádosti o příspěvek na mobilitu od krajské pobočky Úřadu práce (dle zákona č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů)

Jméno, příjmení, titul pojištěnce:

Datum narození: Číslo pojištěnce:

Adresa trvalého pobytu (ulice, číslo popisné, obec, PSČ):

Kontaktní adresa (ulice, číslo popisné, obec, PSČ, zdržuje-li se pojištěnec na jiné adrese pobytu, než je místo trvalého pobytu):

Telefon/mobil:

E-mail):

Datová schránka:

Žádám o potvrzení čerpání zdravotní péče v rozsahu:

- dlouhodobá domácí oxygenoterapie (koncentrátory kyslíku a systém pro aplikaci kapalného kyslíku)
- domácí umělá plicní ventilace

Způsob předání potvrzení:

- poštou doporučeně do vlastních rukou
- datovou schránkou:
- osobně

Žádost je podávána:

- pojištěncem
- zákonným zástupcem pojištěnce mladšího 18 let
- zástupcem na základě plné moci
- opatrovníkem
- členem domácnosti
- osobou nápomocnou při rozhodování

Jméno, příjmení, titul osoby, která žádá v zastoupení pojištěnce (pokud není žadatel sám pojištěnec):

Datum narození zástupce žádající osoby:

Kontaktní adresa (ulice, číslo popisné, obec, PSČ):

Telefon/mobil:

E-mail:**Datová schránka:**

Prohlášení o ochraně osobních údajů:

Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky (dále jen „VoZP“) konstatuje, že ve smyslu zákona č.101/2000Sb. o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů a nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES, provádí zpracování Vašich osobních údajů uvedené v tomto dokumentu ze zákonných důvodů, a to za účelem řádného vykonávání veřejného zdravotního pojištění, úhrady vykázané zdravotní péče poskytnuté pojištěncům smluvními zdravotnickými zařízeními a nesmluvními zdravotnickými zařízeními v případě nutné a neodkladné péče, výběru a vymáhání pojistného, a dále pro marketingové účely výhradně spojené s činností Vojenské zdravotní pojišťovny České republiky.

Datum:**Podpis žadatele:**