

Číslo poistnej udalosti: _____
 (vyplní Sociálna poisťovňa)

Žiadosť o poskytnutie pracovnej rehabilitácie (§ 95 zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení)

Pracovný úraz (PÚ) zo dňa _____ Choroba z povolania (ChzP) zistená dňa _____

1.	Žiadateľ		
1.1	Priezvisko, meno, titul	Rodné priezvisko	Telefonický kontakt
1.2	Rodné číslo	Štátna príslušnosť	
1.3	Trvalé bydlisko – ulica, číslo, obec, PSČ, okres		
	Prechodné bydlisko - ulica, číslo, obec, PSČ, okres		
1.4	Doterajšie povolanie		
1.5	Zameranie požadovanej rehabilitácie		
1.6	Dávku žiadam poukazovať 1. <input type="checkbox"/> na účet* Číslo účtu v tvare IBAN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	2. <input type="checkbox"/> v hotovosti poštovým poukazom na výplatu na adresu*:		
1.7	Poberám: invalidný dôchodok <input type="checkbox"/> predčasný starobný dôchodok <input type="checkbox"/> úrazovú rentu <input type="checkbox"/> starobný dôchodok <input type="checkbox"/>		
2.	Zamestnávateľ zodpovedný za PÚ/ChzP		
2.1	Názov a právna forma	IČO	
2.2	Adresa		

Vyhlasenie

- Vyhlasujem, že som nezatajil(a) žiadnu rozhodujúcu skutočnosť na vznik nároku, priznanie a výplatu dávky. Som si vedomý(á) právnych následkov nepravdivého vyhlásenia.
- Súhlasím, aby boli moje osobné údaje spracované v informačnom systéme Sociálnej poisťovne. Ak bude dávka vyplatená na adresu, súhlasím, aby Sociálna poisťovňa poskytovala Slovenskej pošte, a.s., moje osobné údaje.

Poučenie

Dávka sa poukazuje na účet v banke alebo v pobočke zahraničnej banky, uvedený v žiadosti alebo v hotovosti na adresu, uvedenú v žiadosti. Ak nie je uvedené v žiadosti číslo účtu alebo adresa výplaty dávky, Sociálna poisťovňa vyplatí dávku na adresu trvalého pobytu poberateľa dávky prostredníctvom Slovenskej pošty, a.s. Ak poberateľ dávky požiada o zmenu spôsobu výplaty dávky, Sociálna poisťovňa ju zmení podľa žiadosti poberateľa dávky.

Poučeniu som porozumel a svojím podpisom potvrdzujem pravdivosť uvedených údajov (bez podpisu bude konanie o dávke zastavené).

Dňa: _____

 podpis žiadateľa

 hodiace sa označte "x"

* vybrať si jednu z možností

** uviesť v prípade, že žiadateľ o dávku nedisponuje číslom účtu v tvare IBAN