

MINISTERSTVO VNITRA
orgán sociálního zabezpečení, PO BOX 122, 140 21 PRAHA 4

Č.j.: OSZ –

Potvrzení o soustavné přípravě dítěte na budoucí povolání

Jméno a příjmení

Datum narození:

Rodné číslo:

Bydliště:

1. **1.1. STŘEDNÍ ŠKOLA** poskytující přípravu na budoucí povolání podle zákona č. 561/2004 Sb., školský zákon, zařazená do sítě škol Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy
1.2. VYSOKÁ ŠKOLA poskytující přípravu na budoucí povolání podle zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách
1.3. STUDIUM podle vyhlášky č. 322/2005 Sb., o dalším studiu, na: STŘEDNÍCH ŠKOLÁCH NEBO VYSOKÝCH ŠKOLÁCH

Název školy:

IČ:

Adresa:

Telefon – pevná linka :

Telefon – mobil:

2. **2.1. Ve školním (akademickém) roce ____/____ studuje __ ročník** **2.2. Studium je ____ leté, prezenční** **2.3. Předpokládané datum ukončení studia _____**

3. **Jméno, příjmení a podpis zástupce školy:**

Razítko:

Datum:

4. **Prohlášení příjemce sirotčího důchodu**
Prohlašuji, že veškeré údaje, které jsou uvedeny v tomto potvrzení, jsou pravdivé. Beru na vědomí, že toto potvrzení a potvrzení o studiu v dalších školních (akademických) letech jsem po vyplnění povinen/povinna poskytnout plátcí důchodu na výše uvedenou adresu k uvedenému č.j. v případě studia na střední škole do 15. září a v případě studia na vysoké škole do 15. října, dále pak do osmi dnů po doručení této výzvy v průběhu školního (akademického) roku na zvláštní vyžádání orgánu sociálního zabezpečení Ministerstva vnitra. Beru na vědomí, že nebude-li stanovena lhůta dodržena, bude výplata dávky zastavena.

Současně prohlašuji, že jsem si vědom/a, že podle § 50 odst. 1 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, **jsem povinen/povinna písemně ohlásit** orgánu sociálního zabezpečení Ministerstva vnitra **do osmi dnů** skutečnosti rozhodné pro trvání nároku na dávku, její výši, výplatu nebo poskytování (tzn. přerušování studia či předčasné ukončení studia). Potvrzení školy o trvání studia budu zasílat vždy na počátku dalšího školního (akademického) roku.

Beru na vědomí, že **nebude-li v této lhůtě splněna ohlašovací povinnost** a dávka důchodového pojištění bude vyplacena neprávem, **má plátce důchodu** podle § 118a odst. 1 uvedeného zákona **nárok na vrácení neprávem vyplacené částky.**

Datum:

Podpis příjemce důchodu: