OZP OBOROVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ZAMĚSTNANCŮ BANK, POJIŠŤOVEN A STAVEBNICTVÍ

Roškotova 1225/1
140 00 Praha 4
ISDS: q9iadw9
www.ozp.cz

# ŽÁDOST O POTVRZENÍ K PŘÍSPĚVKU NA MOBILITU

(dle § 8 zákona č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením)

## ŽADATEL O PŘÍSPĚVEK – POJIŠTĚNEC

Příjmení a jméno: ……..……

Datum narození: ……..……..

Číslo pojištěnce: ……....

Spojení (telefon nebo e-mail) ……..…… ***)**
(dále také „*pojištěnec*“)

Pokud se žádost týká nezletilého pojištěnce nebo osoby s omezenou svéprávností, osoba, která v dané věci za pojištěnce jedná, doloží svůj vztah k pojištěnci/doklad opravňující ji k zastupování (rodný list, rozhodnutí soudu) a níže vyplní také své údaje:

### RODIČ NEBO JINÝ OPRÁVNĚNÝ ZÁSTUPCE (OPATROVNÍK, PORUČNÍK, PĚSTOUN)

Příjmení a jméno: ……..……

Spojení (telefon, e-mail) ……..…… *)

**) Vyplněním těchto údajů souhlasíte s jejich zpracováním v OZP, a to za účelem zjednodušení případné komunikace při řešení Vaší žádosti*

## SPECIFIKACE ŽÁDOSTI

Žádám o vydání potvrzení k příspěvku na mobilitu, a to konkrétně, že shora uvedený pojištěnec má déle než jeden kalendářní měsíc v užívání tento zdravotnický prostředek (*zaškrtněte*):

☐ 10.03. zdravotnický prostředek pro dlouhodobou domácí oxygenoterapii

☐ 10.08. zdravotnický prostředek pro domácí umělou plicní ventilaci

Datum: ……. Podpis pojištěnce/zástupce: ……

*Tisk formuláře* *Uložení formuláře*

**Poučení k podané žádosti:**
*Mohou být zpracovány výhradně čitelně vyplněné žádosti.*
*Žádost je možné podat osobně na pracovišti OZP, zaslat poštovní zásilkou (OZP, Roškotova 1225/1, Praha 4, 140 00) či prostřednictvím datové schránky OZP (q9iadw9).*
***V případě, že bude požadované Potvrzení odesíláno zpět poštovní zásilkou (pokud neuvedete e-mail či ID datové schránky), bude vypraveno doporučeně na adresu evidovanou v informačním systému OZP.***

**Poučení o zpracování osobních údajů:**
*Správcem Vašich osobních údajů je OZP, IČO: 47114321.*
*Uvedené osobní údaje jsou zpracovány na základě čl. 6 odst. 1 písm. e) ve spojení s čl. 9 odst. 2 písm. h) GDPR za účelem potvrzení o užívání zdravotnických prostředků pro potřeby pojištěnce ve smyslu § 8 zákona č. 329/2011 Sb.*

*Osobní údaje vztahující se k zastupování žadatele jsou zpracovány pro účely oprávněných zájmů správce a třetí osoby (žadatele) spočívající v ověření vůle žadatele, že si přeje být zastupován.*

*Osobní údaje v rozsahu e-mail a telefonní číslo uvádíte na základě svého souhlasu ve smyslu čl. 6 odst. 1 písm. a) GDPR dobrovolně a máte právo svůj souhlas se zpracováním e-mailového a telefonního kontaktu kdykoli odvolat.*
*Více informací o zpracování Vašich osobních údajů včetně práv subjektu údajů naleznete zde: https://www.ozp.cz/pro-klienty/ochrana-osobnich-udaju*