

ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ FINANČNÍHO DARU¹

„Podpora zdravotně znevýhodněných osob v roce 2026“

Fyzické osoby mladší 18 let a s omezenou svéprávností

ŽADATEL: rodič/opatrovník/opatrovník/pěstoun/jiné		
Jméno a příjmení: (žadatele)		
Datum narození: (žadatele)		
Kontaktní údaje žadatele:		
Adresa trvalého pobytu žadatele:	Obec:	PSČ:
	Ulice a č.p.:	
Adresa faktického bydliště žadatele:	Obec:	PSČ:
	Ulice a č.p.:	
Spojení na žadatele:	Telefon:	
	E-mail:	
	Datová schránka:	
PŘÍJEMCE DARU: osoba mladší 18 let (dítě)/osoba s omezenou svéprávností		
Jméno a příjmení: (příjemce daru)		
Datum narození: (příjemce daru)		
Kontaktní údaje příjemce daru:		
Adresa trvalého pobytu příjemce:	Obec:	PSČ:
	Ulice a č.p.:	
Adresa faktického bydliště příjemce:	Obec:	PSČ:
	Ulice a č.p.:	
ÚČEL DARU: výběr pouze 1 kategorie ze seznamu na zadní straně žádosti		
Výše daru (v Kč):		
Bankovní spojení: (žadatele)	č. účtu:	kód banky:
Zdravotní pojišťovna: (příjemce daru)	název/zkratka:	kód ZP:

¹ Žádost, prosím, zašlete také v elektronické podobě na e-mail: hokr@plzen.eu

1. **VELMI PODROBNÝ POPIS SITUACE PŘÍJMCÉ DARU (PŘEVÁŽNĚ ZDRAVOTNÍ, RODINNÉ, BYTOVÉ, FINANČNÍ, SOCIÁLNÍ...) KRÁTKÝ ŽIVOTNÍ PŘÍBĚH S ODŮVODNĚNÍM POTŘEBNOSTI DARU:**

2. BLIŽŠÍ SPECIFIKACE DARU (POPIS POMŮCKY/TERAPIE, FOTODOKUMENTACE NEBO KATALOGOVÝ LIST, CENOVÁ NABÍDKA OD DODAVATELE/POSKYTOVATELE SLUŽBY NEBO POMŮCKY, POPŘ. POČET LEKCÍ APOD.):

3. OSTATNÍ OSLOVENÍ POSKYTOVATELE PŘÍSPĚVKU NA SHODNÝ ÚČEL DARU S UVEDENÍM JEHO ZÍSKANÉ VÝŠE:

KÓD ZP..... (předmět úhrady): Kč

ÚŘAD PRÁCE ČR: (pomůcka)..... Kč

NADACE (název nadace): Kč

SBÍRKA (název sbírky): Kč

4. PŘÍLOHY

(KOPIE BEZ PODMÍNKY ÚŘEDNÍHO OVĚŘENÍ, PŘILOŽENÉ PŘÍLOHY ZDE ZAKROUŽKUJTE NEBO JINAK OZNAČTE)

POVINNÉ PŘÍLOHY:

LÉKAŘSKÉ ZPRÁVY POTVRZUJÍCÍ DLOUHODOBÉ ZÁVAŽNÉ ZDRAVOTNÍ ZNEVÝHODNĚNÍ PŘÍJEMCE DARU

CENOVÁ NABÍDKA/KATALOGOVÝ LIST Z WEBU PRODEJCE, POSKYTOVATELE, VÝROBCE apod.

DALŠÍ NEPOVINNÉ PŘÍLOHY DLE VÝBĚRU ÚČELU DARU:

PRŮKAZ TP; ZTP; ZTP/P VYSTAVENÝ PŘÍJEMCI DARU

DOKUMENT – O PŘIZNÁNÍ A ČERPÁNÍ TERAPIÍ HRAZENÝCH ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNOU PŘÍJEMCE DARU V ROCE 2026

DOKUMENT – UZNÁNÍ INVALIDITY PŘÍJEMCE DARU

DOKUMENT – ROZHODNUTÍ O PŘIZNÁNÍ PŘÍSPĚVKU NA PÉČI PŘÍJEMCI DARU

DOKUMENT – OSVĚDČUJÍCÍ, ŽE ŽADATEL NEBO PŘÍJEMCE DARU JE OSOBOU V HMOTNÉ NOUZI

LISTINA – OPATROVNÍK/VEŘEJNÝ OPATROVNÍK/PĚSTOUN

DALŠÍ PŘÍLOHY DLE UVÁŽENÍ/SITUACE (nutno uvést)

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

ŽADATEL PROHLAŠUJE, ŽE:

1. PŘÍJEMCE DARU MÁ TRVALÝ POBYT A SKUTEČNĚ ŽIJE NA ÚZEMÍ MĚSTA PLZNĚ (MO1 – MO10);
2. VŠECHNY ÚDAJE V ŽÁDOSTI A PŘÍLOHÁCH JSOU PRAVDIVÉ;
3. PŘÍJEMCE V ROCE 2026 NEOBDRŽEL FINANČNÍ DAR OD MĚSTA PLZNĚ Z ROZPOČTU OSS MMP A TO ANI SKRZE JINÉHO ŽADATELE;
4. JE SI VĚDOM, ŽE ŽÁDNÁ ČÁST DARU NESMÍ BÝT POUŽITA NA JINÝ NEŽ UVEDENÝ ÚČEL;
5. NEOBJEDNÁVÁ SI ZBOŽÍ ANI SLUŽBY, KTERÉ JSOU ÚČELEM DARU U SUBJEKTU, KTERÝ POSKYTUJE STEJNÉ ZBOŽÍ / SLUŽBY ZA ROZDÍLNÉ CENY PRO ZÁKAZNÍKY;
6. NEMÁ VŮČI MĚSTU, JEHO ORGANIZAČNÍM SLOŽKÁM A JEHO PŘÍSPĚVKOVÝM ORGANIZACÍM ŽÁDNÉ NESPLACENÉ ZÁVAZKY PO LHŮTĚ SPLATNOSTI ANENÍ S MĚSTEM NEBO JEHO PŘÍSPĚVKOVÝMI ORGANIZACEMI V SOUDNÍM SPORU VYJMA SOUDNÍCH SPORŮ ZA ZRUŠENÍ SPRÁVNÍCH ROZHODNUTÍ VYDANÝCH V PŘENESENÉ PŮSOBNOSTI.

V PLZNI DNE:

.....

PODPIS ŽADATELE

SEZNAM „ÚČELU DARU“ k vyplnění do žádosti:

ZE SEZNAMU NÍŽE VYBERTE VHODNOU KATEGORII DARU A TUTO DOPLŇTE NA PŘEDNÍ STRANU ŽÁDOSTI DO POLE „ÚČEL DARU“. V JEDNÉ ŽÁDOSTI MŮŽE BÝT POUZE 1 Z KATEGORIÍ. V ŽÁDOSTI NELZE VYBRANOU KATEGORII KOMBINOVAT S JINÝMI KATEGORIEMI.

POMOC OBČANŮM V PEČUJÍCÍCH RODINÁCH (SEZNAM KATEGORIÍ):

- **Úhrada sociální služby**
– osobní asistence, pečovatelská služba, odlehčovací služba, hospicová a paliativní péče.
- **Náklady na pobyt na speciálním dětském táboře pro zdravotně znevýhodněné děti** (např. pro děti s PAS)
- **Náklady na opravy a repasování stávající kompenzační pomůcky**
- **Speciální zařízení instalované do bytu znevýhodněné osoby**
- **Náklady na pobyt či dopravu do speciální školy situované mimo Plzeň**
- **Speciální školní potřeby, vyjma ntb, iPadu, tabletu, PC, apod.**
- **Volnočasové aktivity**

POMOC OBČANŮM S PŘEKONÁNÍM BARIÉRY (SEZNAM KATEGORIÍ):

- **Terapie/rehabilitace** – lze žádat pouze o druh nehrazený Vaší ZP/vyšší počet lekcí nad rámec úhrady od Vaší ZP) + vždy uvádějte jednu z forem:
 - **ambulantní** (docházení do ambulance)
 - **terénní** (v domácím prostředí)
 - **pobytová** (v zařízení včetně ubytování)
- **Úhrada spoluúčasti u zvláštní pomůcky schválené ÚP ČR**
- **Kompenzační pomůcky:**
 - Nezbytné potřebné kompenzační pomůcky (pomůcka, která není v plné výši proplácena ZP ani ÚP ČR)
 - El. pohon k vozíku
 - El. skútr
 - Nadstandardní kompenzační pomůcky – jedná se o nadstandard zahrnující elektroniku a předměty, které nesplňují podmínku nezbytných kompenzačních pomůcek (např. ntb, iPady, tablety, PC, TV, mobilní telefony a jejich komponenty, apod.).

DALŠÍ POMOC:

- **Speciální diety** – např. nákup speciálních potravin, potravinových doplňků a vitamínů
- **Ostatní** – doplňte stručně, výstižně tj. **vlastními slovy** „ÚČEL DARU“. Možnost využijete pouze pokud účel daru není možné přiřadit pod žádnou z výše uvedených kategorií.