



Mestská časť Košice – Dargovských hrdinov  
Povstania českého ľudu 1, 040 22 Košice

## Žiadosť o jednorazovú dávku

Meno a priezvisko ..... rod. č. ....

Adresa.....

Som zamestnaný /á/  
nezamestnaný/á/  
dôchodca a to .....

Rodinný stav: .....

Manžel/ka/, druh /žka/ ..... nar. ....

Členovia domácnosti /deti/:

1. .... nar. ....

2. .... nar. ....

3. .... nar. ....

4. .... nar. ....

5. .... nar. ....

**Dôvod žiadosti:**

Prílohy:

1. Doklady o mimoriadnych výdavkoch

.....  
podpis žiadateľa

**Vyjadrenie lekára:**

Potvrdzujem, že menovaný /á/ žiadateľ/ka/ o jednorazovú dávku, má zvýšené náklady na liečbu svojho zdravotného stavu, resp. rodinného príslušníka, bývajúceho v spoločnej domácnosti.

Dátum: .....

.....  
pečiatka a podpis lekára

**Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov:**

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých mestskej časti Košice - Dargovských hrdinov, podľa zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ktoré sú uvedené v tejto žiadosti na účel vydania rozhodnutia o priznaní/nepriznaní jednorazovej dávky a výplaty jednorazovej dávky. Súhlas so spracovaním osobných údajov platí do doby jeho písomného odvolania. Tento súhlas je možné kedykoľvek odvolať. Zároveň beriem na vedomie, že práva dotknutej osoby sú upravené v § 19 - § 30 zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov.

Dňa.....

.....  
podpis žiadateľa

Podpis osôb spoločne posudzovaných:

.....  
.....  
.....