



Ž Á D O S T č:

(vyplní výbor NOSDDPP)

O výplatu příspěvku ze sociálního programu NOSDDPP

☐

Žádám o příspěvek pro člena NOSDDPP při narození dítěte

ve výši 3 000 Kč. (Přikládám kopii rodného listu dítěte)

Příjmení a jméno dítěte:

Datum narození dítěte:

☐

Žádám o příspěvek při dlouhodobé nemoci člena NOSDDPP (nejméně 2 měsíce). Vyplácí se ve výši 1 000 Kč za každý celý měsíc, bez prvního měsíce nemoci po dobu maximálně jednoho roku. Příspěvek se vyplácí po skončení nemoci. Při nemoci přesahující 6 měsíců lze domluvit zálohové plnění. (Přikládám kopii papírové formy neschopenky s vyznačeným datem počátku a konce nemoci)

Doba nemoci od: do:

☐

Žádám o příspěvek při úmrtí příslušníka rodiny člena NOSDDPP (manžel/ka, nezaopatřené dítě) ve výši 5 000 Kč. (Přikládám kopii parte)

☐

Žádám o příspěvek pro pozůstalou rodinu při úmrtí člena NOSDDPP ve výši 10 000 Kč. (Žádost podává rodinný příslušník zesnulého)

Příspěvek prosím zaslat na účet číslo:

Příjmení a jméno žadatele:

Datum podání žádosti:

Podpis žadatele: