

## ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ pro účely zvláštní ceny v rámci univerzální služby

k prokázání splnění podmínek pro získání zvláštní ceny podle § 38 zákona o elektronických komunikacích (z. č. 127/2005 Sb., o elektronických komunikacích, v platném znění) v případě, kdy žadatel neumožní pořízení kopie dokladů, jimiž prokazuje, že je osobou oprávněnou pro přiznání zvláštní ceny jako zdravotně postižená osoba

### 1. ŽADATEL ŽÁDÁ O ZVLÁŠTNÍ CENU JAKO<sup>1</sup>:

#### A. ZLETILÁ ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÁ OSOBA

Příjmení, jméno, titul:	
Datum narození:	
Trvalý pobyt:	
Telefon, e-mail:	

#### B. NEZLETILÁ ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÁ OSOBA (NEZLETILÉ DÍTĚ)

Příjmení, jméno:	
Datum narození:	
Trvalý pobyt:	

*Zákonný zástupce/opatrovník žadatele (nezletilého dítěte):*

<i>Příjmení, jméno, titul:</i>	
<i>Datum narození:</i>	
<i>Trvalý pobyt:</i>	
<i>Telefon, e-mail:</i>	

#### C. ZLETILÁ OSOBA PEČUJÍCÍ O NEZLETILOU ZDRAVOTNĚ POSTIŽENOU OSOBU (PEČUJÍCÍ OSOBA)

Příjmení, jméno, titul:	
Datum narození:	
Trvalý pobyt:	
Telefon, e-mail:	

*Nezletilá zdravotně postižená osoba (nezletilé dítě):*

<i>Příjmení, jméno:</i>	
<i>Datum narození:</i>	
<i>Trvalý pobyt:</i>	

Prohlašuji, že o přiznání zvláštní ceny **žádám jako osoba pečující** o zdravotně postiženou nezletilou osobu (nezletilé dítě), a jsem<sup>2</sup>:

- rodičem tohoto nezletilého dítěte, nebo
- osobou, do jejíž péče bylo toto dítě svěřeno na základě rozhodnutí příslušného orgánu o svěřeni dítěte do péče nahrazující péči rodičů podle § 7odst. 10 zákona o státní sociální podpoře.

<sup>1</sup> Vyplňte pouze údaje uvedené **pod jedním z písm. A, B nebo C** podle toho, jste-li žadatelem typu A, B nebo C.

<sup>2</sup> Zaškrtněte jednu z uvedených možností. V případě, že jste osobou, do jejíž péče bylo dítě svěřeno, vyplňte také údaje do tabulky uvedené na další straně prohlášení.

**Označení rozhodnutí o svěřeni dítěte do péče:**

Označení, číslo rozhodnutí (číslo jednací):	
Soud, který rozhodnutí vydal:	
Osoba/osoby, do jejíž/jejichž péče bylo dítě svěřeno:	
Datum vydání:	
Doba platnosti:	

**2. DOKLAD PROKAZUJÍCÍ SPLNĚNÍ PODMÍNEK**

**Doklad vydaný pro osobu žadatele nebo pro nezletilé zdravotně postižené dítě v případě, kdy žadatelem je pečující osoba podle odst. 1. písm. c) výše.<sup>3</sup>**

- Průkaz ZTP z důvodu úplné nebo praktické hluchoty,
- Průkaz ZTP/P,
- Oznámení nebo rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči ve stupni závislosti II, III nebo IV.

Číslo dokladu/listiny:	
Oprávněná osoba, které byl doklad/listina vydán/vydána:	
Orgán, který doklad/listinu vydal:	
Datum vydání:	
Doba platnosti:	

- **Tímto čestně prohlašuji a stvrzuji svým podpisem, že výše uvedené údaje jsou pravdivé a беру на vědomí, že budou použity pro účely prokázání splnění podmínek pro získání zvláštní ceny podle §38 zákona o elektronických komunikacích.**
- Prohlašuji, že jsem se seznámil/seznámila s Podmínkami cenového zvýhodnění u společnosti PODA vydaných obchodní společností PODA a.s., se sídlem 28. října 1168/102, 702 00 Ostrava – Moravská Ostrava, IČ: 258 16 179 (společnost PODA), a to zejména a s povinností informovat společnost PODA o veškerých skutečnostech, které mají vliv na poskytnutí cenového zvýhodnění (zvláštní ceny) nejpozději do 30 dnů od chvíle, kdy jsem se o těchto skutečnostech dozvěděl/dozvěděla.
- Beru zejména na vědomí, že v případě, kdy budu neoprávněně čerpat zvláštní cenu, může společnost PODA, popř. jiný k tomu oprávněný subjekt, požadovat a vymáhat vrácení neoprávněně čerpaného zvýhodnění, a to ode dne, kdy došlo k zániku podmínek pro přiznání zvláštní ceny.

V ..... dne .....

Žadatel:

.....

<sup>3</sup> Zaškrtněte odpovídající typ dokladu, na základě kterého dokládáte oprávnění pro přiznání zvláštní ceny a do níže uvedené tabulky vyplňte údaje z takového dokladu.