

Kód prodejce:

ID dokumentu:



ZTP\_4

## Žádost o přiznání nároku zdravotně postižených osob při poskytování veřejně dostupné telefonní služby

Prosím, čitelně vyplňte a vybrané možnosti označte.

 A  B  C  D  1  2  3  4

### 1. ÚČASTNÍK

Příjmení, jméno, titul:

Obchodní firma/název:

Ulice:

Č. popisné:

Č. orientační:

Obec - městská část:

PSČ:

Rodné číslo:

Vyplňuje nepodnikající osoba.

Číslo pasu:

Pouze pro cizince.

Referenční číslo (Kód účastníka):

### 2. ČÍSLO PŘÍPOJKY / MOBILNÍ TELEFONNÍ ČÍSLO

Telefonní číslo:

### 3. SPECIFIKACE NÁROKU

 poskytnutí zvláštních cen nájem speciálního telefonního přístroje<sup>1</sup> prodej speciálního telefonního přístroje<sup>1</sup>

### 4. PROKÁZÁNÍ NÁROKU<sup>2</sup>

4.1. Žádám o přiznání výše uvedených zvýhodnění. Svůj nárok prokazuji těmito doklady, které současně k žádosti přikládám:

 Průkaz ZTP / P č.:<sup>3</sup>

ze dne:

s dobou platnosti:

 Průkaz ZTP z důvodu úplné nebo praktické hluchoty<sup>3</sup>

č.:

ze dne:

s dobou platnosti:

 Lékařské potvrzení o úplné nebo praktické hluchotě<sup>4</sup> Rozhodnutí (Oznámení) o přiznání příspěvku na péči ve stupni závislosti č.:

čj.:

ze dne:

s dobou platnosti:

<sup>1</sup> Zvolte nájem nebo prodej, současně nelze přiznat oba nároky. Služba je poskytována pouze u Pevné linky.<sup>2</sup> Při osobním projednání žádosti předložte originály dokladů. Při písemném podání žádosti přiložte úředně ověřenou kopii, u průkazů pak kopii dokladu.<sup>3</sup> Uveďte údaje o průkazu nebo o rozhodnutí.<sup>4</sup> Uveďte pouze v případě, kdy Průkaz ZTP není vystaven z důvodu úplné nebo praktické hluchoty.

4.2. Žádost uplatňuji jako zákonný zástupce zdravotně postižené osoby a kromě výše označených dokladů dále přikládám:

- Doklad prokazující, že jsem rodičem zdravotně postižené osoby
- Doklad prokazující, že jsem opatrovníkem zdravotně postižené osoby
- Doklad prokazující, že mi bylo dítě svěřeno do péče nahrazující péči rodičů
- Čestné prohlášení

4.3. S pořízením fotokopíí dokladů

- souhlasím
- nesouhlasím, proto přikládám Čestné prohlášení

4.4. Prohlašuji, že výše požadované výhody nečerpám na jiném telefonním čísle v pevné ani v mobilní síti O2.

## 5. ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÁ OSOBA <sup>5</sup>

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

Bydliště:


## 6. SPECIÁLNÍ TELEFONNÍ PŘÍSTROJ <sup>6</sup>

- Pro osoby neslyšící (US01)
- Pro osoby tělesně postižené (US04)
- Pro osoby nedoslýchavé (US02)
- Pro osoby s omezenou hybností (US05)
- Pro osoby slabozraké a nevidomé (US03)
- Typ:
- Doručení technikem
- Doručení poštou

## 7. PODPISY

### Účastník

Jméno a příjmení:

Datum a místo podpisu:

Podpis a razítko:


### Za O2 Czech Republic a.s.

Jméno a příjmení:

E-mail, telefon:

Datum a místo podpisu:

Podpis a razítko (v případě podání žádosti na prodejním místě):


<sup>5</sup> Vyplňujte pouze v případě, že žádost uplatňujete jako zákonný zástupce (rodič, opatrovník apod.).

<sup>6</sup> Vhodný typ s ohledem na zdravotní postižení vyberte z aktuální nabídky speciálních telefonních přístrojů.