



orgán sociálního zabezpečení
P. O. BOX 122, 140 21 Praha 4

ŽÁDOST O ZMĚNU VÝŠE INVALIDNÍHO DŮCHODU

Číslo dávkového spisu:

Č. j. OSZ-

Žadatel:

Příjmení

Jméno

Rodné číslo

Ulice

Číslo domu

PSČ

Obec

Adresa pro doručování, je-li odlišná o trvalého pobytu:

Ulice

Číslo domu

PSČ

Obec

Telefonní číslo

E-mail

ID datové schránky

Žádám o změnu výše invalidního důchodu z důvodu
mého zdravotního stavu.

zhoršení*)

zlepšení*)

Jsem v dočasné pracovní neschopnosti

ANO*)

NE*)

Pobírám dávky nemocenského pojištění

ANO*)

NE*)

Při „ANO“ dávky nemocenského pojištění vyplácí

Jméno a adresa ošetřujícího lékaře

V

Dne

.....

Podpis žadatele

Pozn.: *) - nehodící se škrtněte