



**VZOR ŽÁDOSTI O POSKYTNUTÍ JEDNORÁZOVÉ PENĚŽNÍ ČÁSTKY
OSOBÁM STERILIZOVANÝM V ROZPORU S PRÁVEM**

Adresát:

Ministerstvo zdravotnictví
Odbor právní
Palackého náměstí 4
128 01 Praha 2

Žadatel/-ka:

- jméno a příjmení, případně jméno a příjmení v době provedení sterilizace, pokud bylo odlišné, datum narození, adresa místa trvalého pobytu

Vylíčení rozhodných skutečností (kdy a v jakém zdravotnickém zařízení došlo ke sterilizaci a za jakých okolností – zda žadatel/-ka vyslovil/-a svobodně, bez nátlaku a na základě předchozího poučení o sterilizaci souhlas, pokud ano, za jakých podmínek apod.)

Označení listin (pro urychlení vyřizování žádosti se doporučuje zaslání jejich kopií, pokud je má žadatel/-ka k dispozici), jichž se žadatel/-ka dovolává na podporu svého práva (zdravotnická dokumentace kterého poskytovatele zdravotních služeb, dokumenty týkající se poskytnutí dávky sociálního zabezpečení v souvislosti s výkonem sterilizace a orgánu, který takovými listinami disponuje)

Číslo bankovního účtu (číslo účtu a kód banky, popř. uvedení názvu banky)

Datum žádosti a podpis žadatelky/-e

Přílohy (nepovinné):

Listiny prokazující výše uvedená tvrzení. Nejedná se však o povinné přílohy. Vždy je třeba hlavně tyto listiny řádně označit a ministerstvo je oprávněno si je vyžádat a oprávněné úřední osoby jsou také zákonem zmocněny k nahlížení do zdravotnické dokumentace vedené ohledně tohoto zdravotního výkonu.