

Odborový svaz ECHO  
Rubeška 393/7, Vysočany  
190 00 Praha 9

**Žádost o sociální výpomoc při smrtelném pracovním úrazu člena ZO/MO OS ECHO**

Příslušná ZO/MO OS ECHO žádá sociální výpomoc pro pozůstalé po:

Jméno a příjmení: .....

Datum narození: .....

Členství v ZO/MO OS ECHO od: ..... a ke dni smrti trvalo.

Pozůstalý po postiženém členovi manžel/manželka, druh/družka s nezaopatřeným dítětem/děti ve věku do 26 let nebo nezaopatřenému dítěti/dětem v celkové výši 100 000,- Kč

Jméno a příjmení: ..... manžel/manželka\*      druh/družka\*      děti\*

Datum narození: .....

Bydliště (vč. PSC): .....

Číslo bankovního účtu pozůstalých pro výplatu sociální výpomoci: .....

K žádosti je nutné přiložit:

- oddací list nebo,
- písemné prohlášení ZO/MO OS ECHO nebo jiné relevantní potvrzení, že druh/družka žili ke dni smrti se zemřelým členem a jeho nezaopatřenými dětmi alespoň 1 rok ve společné domácnosti
- rodný list, v případě nezaopatřeného dítěte/děti.

Čestné prohlášení ZO/MO OS ECHO

Prohlašuji tímto, že údaje uvedené v této žádosti jsou pravdivé.

Kontaktní osoba za ZO/MO OS ECHO:

Jméno, příjmení ..... Funkce .....

Telefon: .....

Dne: .....

.....  
podpis  
ZO/MO OS ECHO

Vyjádření svazového inspektora BOZP: .....

.....

.....

V ..... dne: ..... jméno, příjmení, podpis: .....

\*) *nehodící se škrtněte*