

DOM ZA STARIJE OSOBE

**"MARKO A. STUPARIĆ", VELI LOŠINJ, NAZOROVA 40,
51551 VELI LOŠINJ**

Dokumenti potrebni za smještaj u Dom:

- 1. Zahtjev za smještaj** (naš obrazac)
- 2. Osobna iskaznica** (preslika)
- 3. Domovnica** (preslika)
- 4. Rodni list** (preslika)
- 5. Uvjerenje MUP-a o prebivalištu**
- 6. Zdravstvena iskaznica** (preslika)
- 7. Potvrda o visini mirovine** isplaćene u mjesecu prije podnošenja zahtjeva, ako osoba prima mirovinu (**odrezak mirovine**) – (preslika)
- 8. Rješenje o skrbništvu**, ako postoji (preslika)
- 9. Liječnička potvrda**, na propisanom obrascu i popis lijekova kako korisnik uzima (**MOLIMO DA BUDE ISPISANO VELIKIM SLOVIMA**)
- 10. Zdravstvena dokumentacija** (nalazi liječnika) kao dokaz zdravstvenog stanja, ne stariji od jedne godine od dana podnošenja zahtjeva , rješenja nadležnih tijela, (preslike)
- 11. Izjava Obveznika plaćanja o prihvatanju obveze plaćanja ili nadoplaćivanja troškova (cijene) smještaja umjesto Korisnika, ovjerena kod javnog bilježnika, u originalu** (naš obrazac)
- 12. Privola za korištenje osobnih podataka**

Napomena:

Komisija za prijem i otpust korisnika razmatrat će isključivo zahtjeve s priloženom dokumentacijom.

Zahtjevi za smještaj primaju se poštom na adresu: Dom za starije osobe „Marko A. Stuparić”, Veli Lošinj, Vladimir Nazor 40, 51551 Veli Lošinj, osobnim dolaskom u dom ili putem e-maila na dolje navedene adrese

Telefonski kontakti:

Socijalna radnica: 051/ 236 – 635, 099/815-1818

Administrativni referent: 051/236 – 230

e-mail: dom.v.losinj@email.t-com.hr

socijalnasluzba1@gmail.com

web stranica: <http://www.dom-markoastuparic.hr/>

ZAHTJEV ZA SMJEŠTAJ U DOM ZA STARIJE OSOBE
“MARKO A. STUPARIĆ”

1. PODNOSITELJ ZAHTJEVA:

IME I PREZIME: _____

ADRESA PREBIVALIŠTA: _____

OIB: _____

TELEFON/GSM/FAX/ _____

E-POŠTA _____

ODNOS S OSOBOM KOJA SE SMJEŠTAVA U DOM: _____
(UPISATI: ČLAN UŽE OBITELJ - SIN, KĆER ILI SL., SKRBNIK)

2. OSOBA ZA KOJU SE TRAŽI SMJEŠTAJ (KORISNIK):

IME I PREZIME: _____

ADRESA PREBIVALIŠTA: _____

DATUM ROĐENJA: _____

OIB: _____ MBO: _____
/ matični broj osiguranika iz zdravstvenog osiguranja/

SPOL: _____

TELEFON/GSM/FAX/ _____

3. OSOBA ZA KOJU SE TRAŽI SMJEŠTAJ JE:

A) POKRETNNA

B) TEŽE POKRETNNA

C) NEPOKRETNNA (MOGUĆE JE KRETANJE ISKLJUČIVO UZ POMOĆ KOLICA)

D) INKONTINENTNA

D) BOLUJE OD DEMENCIJE

NAPOMENA: ZAOKRUŽITI ODGOVARAJUĆE! MOGUĆA JE I KOMBINACIJA NEKOLIKO NAVEDENIH STANJA!

4. ZAHTEJEV ZA SMJEŠTAJ SE ODNOSI NA:

A) JEDNOKREKETNU SOBU

B) DVOKREKETNU SOBU

C) VIŠEKREKETNU SOBU (3 ILI 4 LEŽAJA)

NAPOMENA: ZAOKRUŽITI ODGOVARAJUĆE!

5. UKOLIKO NEMA RASPOLOŽIVIH SOBA POD TOČKOM 4., KORISNIK PRIHVAĆA I SMJEŠTAJ U NEKU DRUGU SOBU NAVEDENU POD TOČKOM 4.:

A) DA

B) NE

NAPOMENA: ZAOKRUŽITI ODGOVARAJUĆE! AKO JE ODGOVOR „DA“, NAVESTI KOJU: _____

6. OSOBE S KOJIMA KORISNIK ŽIVI U KUĆANSTVU: _____

NAPOMENA: NAVESTI IME I PREZIME, GODINU ROĐENJA I SRODSTVO S KORISNIKOM!

7. STAMBENO STANJE I MATERIJALNE PRILIKE KORISNIKA: _____

NAPOMENA: NAVESTI UKRATKO MATERIJALNE I STAMBENE PRILIKE U KOJIMA KORISNIK ŽIVI!

8. KORISNIK JE SKLOPIO UGOVOR O DOŽIVOTNOM ILI DOSMRTNOM UZDRŽAVANJU:

A) DA

B) NE

NAPOMENA: ZAOKRUŽITI ODGOVARAJUĆE!

9. ZAKONSKI OBVEZNICI UZDRŽAVANJA (PUNOLJETNA DJECA KORISNIKA): _____

NAPOMENA: NAVESTI IME I PREZIME, GODINU ROĐENJA I SRODSTVO S KORISNIKOM (SIN/KĆER)!

10. OBVEZNIK PLAĆANJA CIJENE SMJEŠTAJA KORISNIKA U DOMU:

IME I PREZIME: _____

ADRESA PREBIVALIŠTA: _____

OIB: _____

TELEFON/GSM/FAX/ _____

E-POŠTA _____

NAPOMENA: OSOBA NAVEDENA POD OVOM TOČKOM DAJE IZJAVU O PLAĆANJU TROŠKOVA OVJERENU KOD JAVNOG BILJEŽNIKA!

**POD MATERIJALNOM ODGOVORNOŠĆU IZJAVLJUJEM DA SU PODACI NAVEDENI U OVOMU
ZAHTJEVU ISTINITI.**

UZ ZAHTJEV SE PRILAŽE:

1. osobna iskaznica,
2. domovnica,
3. uvjerenje MUP-a o prebivalištu, u originalu,
4. zdravstvena iskaznica,
5. potvrda o visini mirovine isplaćene u mjesecu prije podnošenja zahtjeva, ako osoba prima mirovinu (odrezak mirovine),
6. rješenje o skrbništvu, ako postoji,
7. liječnička potvrda, na propisanom obrascu, u originalu,
8. zdravstvena dokumentacija (nalazi liječnika) kao dokaz zdravstvenog stanja, ne stariji od jedne godine od dana podnošenja zahtjeva , rješenja nadležnih tijela,
9. izjava Obveznika plaćanja o prihvaćanju obveze plaćanja ili nadoplaćivanja troškova (cijene) smještaja umjesto Korisnika, ovjerena kod javnog bilježnika, u originalu.

MJESTO I DATUM DONOŠENJA ZAHTJEVA: _____

POTPIS PODNOSITELJA ZAHTJEVA: _____

POTPIS OBVEZNIKA PLAĆANJA: _____

IZJAVA

kojom ja, _____
(ime i prezime i srodstvo s korisnikom smještaja)

iz _____
(mjesto i adresa)

OIB: _____

pod punom materijalnom odgovornošću izjavljujem da prihvaćam obvezu plaćanja ili nadoplaćivanja (razlika od mjesečne mirovine do pune mjesečne cijene usluge) troškova smještaja u Domu „Marko A. Stuparić“ za:

(ime i prezime)

iz _____
(mjesto i adresa)

OIB: _____

sukladno cjeniku Doma.

U _____, dana _____ god.

Izjavu dao:

(vlastoručni potpis)

LIJEČNIČKA POTVRDA ZA SMJEŠTAJ U DOM ZA STARIJE OSOBE

(NAPOMENA: MOLIMO DA VELIKIM SLOVIMA ISPIŠETE POTVRDU ILI PUTEM RAČUNALA TE DA ISPIŠETE POTVRDU UZIMANJA TERAPIJE KORISNIKA)

1. PODACI O LIJEČNIKU OBITELJSKE (OPĆE) MEDICINE KOJI IZDAJE POTVRDU:

IME I PREZIME: _____

ADRESA ORDINACIJE: _____

TELEFON/GSM/FAX/ _____

E-POŠTA _____

2. PODACI O OSOBI ZA KOJU SE PREDLAŽE SMJEŠTAJ U DOM:

IME I PREZIME: _____

ADRESA PREBIVALIŠTA: _____

DATUM ROĐENJA: _____

3. PODACI O ZDRAVSTVENOM STANJU OSOBE ZA KOJU SE PREDLAŽE SMJEŠTAJ U DOM:

3.1. DIJAGNOZA: _____

3.2. DOSADAŠNJA MEDIKAMENTNA TERAPIJA: _____

3.3. OSOBA BOLUJE OD DUŠEVNE BOLESTI:

A) DA B) NE

AKO JE ODGOVOR „DA“, NAVESTI KOJE: _____

3.4. OSOBA BOLUJE OD ZARAZNE BOLESTI:

A) DA B) NE

AKO JE ODGOVOR „DA“, NAVESTI KOJE: _____

3.5. OSOBA JE:

A) POTPUNO POKRETNA B) DJELOMIČNO POKRETNA C) NEPOKRETNA

AKO JE ODGOVOR „B“ I „C“, NAVESTI
KOJA POMAGALA KORISTI PRI KRETANJU: _____

3.6. OSOBA JE:

A) KONTINENTNA B) INKONTINENTNA

AKO JE ODGOVOR „B“, NAVESTI KOJA
POMAGALA ZA INKONTINENCIJU KORISTI: _____

3.7. POMOĆ I NJEGA DRUGE OSOBE POTREBNA JE KOD:

A) ODRŽAVANJA HIGIJENE (UMIVANJE, KUPANJE I SL.) B) OBLAČENJA C) HRANJENJA

3.8. POSEBNA MEDICINSKA POMOĆ JE POTREBNA:

A) DA B) NE

AKO JE ODGOVOR „DA“, NAVESTI KOJA: _____

3.9. DIJETNA PREHRANA JE POTREBNA:

A) DA B) NE

AKO JE ODGOVOR „DA“, NAVESTI KAKVA: _____

4. OSTALE NAPOMENE: _____

MJESTO I DATUM: _____

POTPIS I PEČAT LIJEČNIKA:

Dom za starije osobe
"Marko A. Stuparić",
Veli Lošinj
V. Nazora 40, 51551 Veli Lošinj
Tel: 051/236-631
e-mail: dom.v.losinj@email.t-com.hr

PRIVOLA/IZJAVA KORISNIKA DOMA ILI NJEGOVOG SKRBNIKA

o prikupljanju osobnih podataka koji nisu propisani Pravilnikom o vođenju evidencije i dokumentacije pružatelja socijalnih usluga, te načinu i rokovima za dostavu izvješća (NN 100/2015), Pravilnika o prijemu i otpustu korisnika doma, u svrhu kako je propisano u čl. 6., 7. i 9. Zakona o zaštiti osobnih podataka (NN br. 103/03, 118/06, 41/08) te Općoj uredbi zaštiti podataka (GDPR).

Ja, _____, rođen/a _____ ,
(ime i prezime) (datum rođenja)

korisnik Doma za starije osobe "Marko A. Stuparić", Veli Lošinj,

(ili zakonski zastupnik) _____,
(ime i prezime, OIB)

potpisom ove privole dajem privolu voditelju obrade Domu za starije osobe „Marko A. Stuparić, V. Nazora 40, Veli Lošinj za obradu mojih osobnih podataka u sljedeće svrhe:

- Dom može koristiti moje osobne podatke u svrhu organiziranja svog redovnog rada i poslovanja kao i u postupcima radi ostvarivanja mojih zakonskih prava (prijem u Dom, pružanje socijalne usluge smještaja, vođenje internih evidencija o održavanju osobne higijene korisnika, brige o zdravlju, pruženoj njezi, prehrani, fizikalnoj rehabilitaciji)
- Dom može koristiti moje fotografije koje će biti na oglasnoj ploči doma ili na web stranici doma

Od strane voditelja obrade upoznat sam da u svakom trenutku imam pravo povući ovu privolu, te da povlačenje privole ne utječe na zakonitost obrade na temelju privole prije njezina povlačenja.

U Veli Lošinj, _____
(datum)

Potpis korisnika Doma ili skrbnika:

Informacije koje voditelj obrade pruža ispitaniku u trenutku prikupljanja osobnih podataka:

Identitet i kontakti podaci voditelja obrade	Dom za starije osobe "Marko A. Stuparić", V.Nazora 40., Veli Lošinj 051/236-631
Kontaktne podaci službenika za zaštitu podataka	Ida Toić Matković, dipl. soc. radnica, 051/236-635
Svrha obrade	• Utvrđivanje Liste čekanja • Unos u aplikativni sustav DOGMA • Prijem korisnika u Dom • Utvrđivanje obveznika plaćanja i kontakt osoba • Zaključivanje Ugovora o smještaju • Pružanje socijalne usluge smještaja • Reguliranje prava korisnika • Statistička obrada podataka • Obračun opskrbe
Legitimni interes voditelja obrade	Pružanje socijalnih usluga temeljem: Zakona o socijalnoj skrbi; Pravilnika o vođenju evidencije i dokumentacije pružatelja socijalnih usluga, te načinu i rokovima za dostavu izvješća; Zakona o provedbi opće uredbe o zaštiti podataka; Opće uredbe o zaštiti podataka; Pravilnika o prijemu i otpustu
Primatelj osobnih podataka	Dom za starije osobe "Marko A. Stuparić", Veli Lošinj, Primorsko-goranska županija, Ministarstvo za demografiju, obitelj, mlade i socijalnu politiku i ukoliko postoji legitiman interes: Centar za socijalnu skrb, HZZO, HZMO
Razdoblje u kojem će osobni podaci biti pohranjeni	Temeljem Pravilnika o zaštiti, korištenju i obradi arhivskog i registraturnog gradiva ako nije drugačije definirano zakonom
Ispitanik ima pravo od voditelja obrade zatražiti pristup osobnim podacima, ispravak netočnih osobnih podataka, brisanje, pravo na ograničenje obrade i pravo na prenosivost podataka	DA
Ispitanik ima pravo na podnošenje pritužbe Agenciji za zaštitu osobnih podataka	DA
Podaci koji nisu prikupljeni od ispitanika prikupljeni su od	Centra za socijalnu skrb
Ne postoji automatizirano donošenje odluka	NE

Potvrđujem da sam dana _____ dobio sve naprijed navedene informacije.

Potpis: _____

OSOBNİ PODACI O KORISNIKU:

IME I PREZIME_____

DJEVOJAČKO PREZIME:_____

IME OCA I MAJKE(djevojačko prezime majke):_____

DAN,MJESEC I GODINA ROĐENJA:_____

MJESTO ROĐENJA:_____

ADRESA STANOVANJA:_____

DRŽAVLJANSTVO:_____

NACIONALNOST: _____

BRAČNO STANJE:_____

IME SUPRUŽNIKA:_____

BROJ DJECE:_____

ŠKOLSKA SPREMA:_____

RANIJE ZANIMANJE:_____

KONTAKT OSOBA(ime i prezime, adresa, broj telefona i mobitela):

IMATE LI GROBNICU I GDJE:_____

TKO ĆE OBAVITI SAHRANU:_____

RAZLOG SMJEŠTAJA:_____
