

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. Uvjerenje MUP-a o prebivalištu**, ne starije od godine dana, računajući od dana podnošenja zahtjeva
- 4. Zdravstvena iskaznica** (preslika)
- 5. Potvrda o visini mirovine** isplaćene u mjesecu prije podnošenja zahtjeva, ako osoba prima mirovinu (tzv.**odrezak mirovine**) – (preslika)
- 6. Liječnička potvrda**, na propisanom obrascu i popis lijekova kako korisnik uzima (MOLIMO DA BUDE ISPISANO VELIKIM SLOVIMA), ne starija od **30 dana** računajući od dana podnošenja zahtjeva
- 7. Izjava Obveznika plaćanja** o prihvatanju obveze plaćanja ili nadoplaćivanja cijene smještaja umjesto Korisnika, na propisanom obrascu, ovjerena kod javnog bilježnika, u originalu
- 8. Rješenje o skrbništvu**, ako je osoba stavljena pod skrbništvo
- 9. Rodni list člana uže obitelji**, ako potpisuje zahtjev umjesto osobe koje će koristiti smještaj
- 10. Nalaz liječnika specijalista psihijatrije**, ne stariji od 90 dana računajući od dana podnošenja zahtjeva, ako osobe boluje od duševnih bolesti
- 11. Zdravstvena dokumentacija** (nalazi liječnika), ne starija od godine dana računajući od dana podnošenja zahtjeva, kao dokaz specifičnih zdravstvenih okolnosti (nije obvezno)

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 SKLAPANJE UGOVORA O SMJEŠTAJU
U DOMU ZA STARIJE OSOBE "MARKO A. STUPARIĆ" VELI LOŠINJ**

1. PODNOSITELJ ZAHTJEVA:

IME I PREZIME: _____

ADRESA PREBIVALIŠTA: _____

OIB: _____

TEL./GSM: _____

E-POŠTA: _____

ODNOS S OSOBOM KOJA SE SMJEŠTAVA U DOM: _____

(UPISATI: ČLAN UŽE OBITELJ - SIN, KĆERKA; SKRBNIK)

2. OSOBA KOJA ĆE KORISTITI SMJEŠTAJ (KORISNIK):

IME I PREZIME: _____

ADRESA PREBIVALIŠTA: _____

DATUM ROĐENJA: _____

OIB: _____

SPOL: _____

TEL./GSM: _____

E-POŠTA: _____

3. OSOBA KOJA ĆE KORISTITI 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. ZAHTEJ 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., OSOBA KOJA ĆE KORISTITI SMJEŠTAJ 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. PODACI O ČLANOVIMA KUĆANSTVA OSOBE KOJA ĆE KORISTITI SMJEŠTAJ: _____

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

7. SOCIO-EKONOMSKE PRILIKE OSOBE KOJA ĆE KORISTITI SMJEŠTAJ: _____

NAPOMENA: NAVESTI UKRATKO OKOLNOSTI U KOJIMA KORISNIK ŽIVI!

8. ZAKONSKI OBVEZNICI UZDRŽAVANJA OSOBE KOJA ĆE KORISTITI SMJEŠTAJ (PUNOLJETNA DJECA):

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

9. OBVEZNIK PLAĆANJA (SUFINANCIRANJA) CIJENE SMJEŠTAJA U DOMU:

IME I PREZIME: _____

ADRESA PREBIVALIŠTA: _____

OIB: _____

TEL./GSM: _____

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!

10. PRIVOLA ZA KORIŠTENJE OSOBNIH PODATAKA:

NAPOMENA: OSOBA KOJA ĆE KORISTITI USLUGU ISPUNJAVA I POTPISUJE PRIVOLU!

SUKLADNO UREDBI (EU) 2016/679 EUROPSKOG PARLAMENTA I VIJEĆA O ZAŠTITI POJEDINACA U VEZI S OBRADOM OSOBNIH PODATAKA I O SLOBODNOM KRETANJU TAKVIH PODATAKA I ZAKONU O PROVEDBI OPĆE UREDBE O ZAŠTITI PODATAKA, **DOMU ZA STARIJE OSOBE „MARKO A. STUPARIĆ“ VELI LOŠINJ** (DALJE U TEKSTU: DOM) KAO VODITELJU OBRADE OSOBNIH PODATAKA, DAJE SE SLJEDEĆA

PRIVOLA

JA, _____, OIB: _____
SUGLASAN/SUGLASNA SAM, PO SLOBODNOJ VOLJI, DA SE MOJI OSOBNI PODACI SADRŽANI U OVOM
ZAHTJEVU, KAO I SVI MOJI OSOBNI PODACI PRIKUPLJENI OD STRANE DOMA PUTEM NAKNADNO
PRIBAVLJENE DOKUMENTACIJE, UKLJUČUJUĆI I IZRAĐENE FOTOGRAFIJE/SLIKE, TE VIDEO I TONSKE
ZAPISE, MOGU OBRAĐIVATI I DISTRIBUIRATI OD STRANE DOMA U SVRHU:

- UNOSA U LISTU ZAHTJEVA ZA SMJEŠTAJ U DOM ,
- VOĐENJA SLUŽBENE DOKUMENTACIJE O KORISNIKU USLUGA DOMA,
- OBJAVE NA SLUŽBENIM WEB STRANICAMA DOMA AKTIVNOSTI KORISNIKA USLUGA DOMA,
- OBJAVE ČLANAKA U DNEVNOM TISKU, NA DRUŠTVENIM MREŽAMA ILI TV PRILOGA O DOGAĐAJIMA I AKTIVNOSTIMA KORISNIKA USLUGA DOMA,
- OBRAČUNA I NAPLATE TROŠKOVA USLUGA KOJE DOM PRUŽA.

OVA PRIVOLA JE DANA DOBROVOLJNO TE SAM UPOZNAT/A DA JU U SVAKOM TRENUTKU MOGU
POVUĆI TE TRAŽITI PRESTANAK DALJNJE OBRADJE SVOJIH OSOBNIH PODATAKA, NA NAČIN KAKO JE
GORE NAVEDENO. POVLAČENJE PRIVOLE NE UTJEČE NA ZAKONITOST OBRADJE KOJA SE TEMELJILA NA
PRIVOLI PRIJE NEGO JE POVUČENA.

POTPIS DAVATELJA/ICE PRIVOLE

11. PRILOZI UZ ZAHTJEV:

- osobna iskaznica,
- uvjerenje MUP-a o prebivalištu, ne starije od godine dana, računajući od dana podnošenja zahtjeva,
- zdravstvena iskaznica,
- potvrda o visini mirovine (tzv. odrezak mirovine) isplaćene u mjesecu prije podnošenja zahtjeva, ako osoba prima mirovinu,
- liječnička potvrda, na propisanom obrascu, ne starija od 30 dana računajući od dana podnošenja zahtjeva,
- izjava Obveznika plaćanja o prihvaćanju obveze plaćanja ili nadoplaćivanja cijene smještaja umjesto Korisnika, na propisanom obrascu, ovjerena kod javnog bilježnika, u originalu
- rješenje o skrbništvu, ako je osoba stavljena pod skrbništvo,
- rodni list člana uže obitelji, ako potpisuje zahtjev umjesto osobe koje će koristiti smještaj,
- nalaz liječnika specijalista psihijatrije, ne stariji od 90 dana računajući od dana podnošenja zahtjeva, ako osoba boluje od duševnih bolesti,
- zdravstvena dokumentacija (nalazi liječnika), ne starija od godine dana računajući od dana podnošenja zahtjeva, kao dokaz specifičnih zdravstvenih okolnosti (nije obvezno),
- ostali dokazi (nije obvezno)

MJESTO I DATUM PODNOŠENJA ZAHTJEVA: _____

POTPIS PODNOSITELJA ZAHTJEVA: _____

POTPIS OBVEZNIKA PLAĆANJA: _____

IZJAVA

kojom ja, _____,
(ime i prezime)

iz _____,
(adresa)

OIB: _____,

pod punom materijalnom odgovornošću izjavljujem da **prihvaćam obvezu plaćanja cijene za uslugu smještaja** u Domu za starije osobe „Marko A. Stuparić“ Veli Lošinj za sljedećeg korisnika usluge:q

(ime i prezime)

iz _____,
(mjesto i adresa)

OIB: _____,

odnosno plaćanja razlike od iznosa mjesečne mirovine korisnika do pune cijene usluge, sve sukladno važećem cjeniku usluga Doma.

U _____, dana _____ god.

Izjavu dao:

(vlastoručni potpis)

**LIJEČNIČKA POTVRDA
(ZA SMJEŠTAJ U DOMU ZA STARIJE OSOBE)**

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

IME I PREZIME: _____

ADRESA ORDINACIJE: _____

TEL./GSM: _____

E-POŠTA: _____

2. OPĆI PODACI O OSOBI ZA KOJU SE IZDAJE POTVRDA:

IME I PREZIME: _____

ADRESA PREBIVALIŠTA: _____

DATUM ROĐENJA: _____

OIB: _____

3. PODACI O ZDRAVSTVENOM STANJU OSOBE ZA KOJU SE IZDAJE POTVRDA:

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) 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: _____

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:_____
