Obrazac: zahtjev za smještaj

ZAHTJEV ZA SMJEŠTAJ U DOM ZA STARIJE OSOBE "MALI KARTEC"

- **LOKACIJA KRK**
- **LOKACIJA RAB**

NAPOMENA: ZAOKRUŽITI ODGOVARAJUĆE!

1. PODNOSITELJ ZAHTJEVA:

IME I PREZIME: _____

ADRESA PREBIVALIŠTA: _____

OIB:_____

TELEFON/GSM/FAX/_____

E-POŠTA _____

ODNOS S OSOBOM KOJA SE SMJEŠTAVA U DOM:_____

NAPOMENA: UPISATI ČLANA UŽE OBITELJ - SIN, KĆER ILI SL., SKRBNIK

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

IME I PREZIME: _____

ADRESA PREBIVALIŠTA: _____

DATUM ROĐENJA: _____

OIB:_____

SPOL: _____

TELEFON/GSM/FAX/_____

3. OSOBA ZA KOJU SE TRAŽI SMJEŠTAJ JE:

A) POKRETNA

B) TEŽE POKRETNA

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

D) INKONTINENTNA

D) BOLUJE OD DEMENCIJE

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

4. ZAHTJEV ZA SMJEŠTAJ SE ODNOSI NA:

A) JEDNOKREVETNU SOBU

B) DVOKREVETNU SOBU

C) TROKREVETNU SOBU

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 ŽIVII!

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: _____

Obrazac: izjava Obveznika plaćanja

I Z J A V A

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 „Mali Kartec“ za:

_____,
(ime i prezime)

iz
_____,
(mjesto i adresa)

OIB:_____,

sukladno cjeniku Doma.

U _____, dana _____god.

Izjavu dao:

_____

(vlastoručni potpis)

Obrazac: liječnička potvrda

LIJEČNIČKA POTVRDA ZA SMJEŠTAJ U DOM ZA STARIJE OSOBE

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: