

DOKUMENTI POTREBNI ZA SMJEŠTAJ U DOM ZA STARIJE „MALI KARTEC“

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

DOM ZA STARIJE OSOBE “MALI KARTEC”

KRK, LINA BOLMARČIĆA 1

TELEFON 051/221 321 - UPRAVA

TELEFON: 051/222 108 - socijalni radnik

FAX: 051/222 114

E-MAIL: socijalni.radnik@dom-malikartec.hr

PREDAJA ZAHTJEVA: Isključivo poštom za dolazak potrebna prethodna najava na broj telefona uprave. Stranke se primaju na terasi doma, uz mjere socijalne distance.

NAPOMENA:

Nakon predaje zahtjeva za smještaj i ostale dokumentacije potrebno je socijalnom radniku u Domu javiti svaku promjenu zdravstvenog stanja te mu se redovno, jednom godišnje javiti.

Uvid u liste čekanja zvati ponedjeljkom od 13,00 do 14,30 sati 051/222 108
Pravo na uvid u listu čekanja možete ostvariti dva puta tijekom iste kalendarske godine.

ZAHTEJEV ZA SMJEŠTAJ U DOM ZA STARIJE OSOBE "MALI KARTEC" KRK

- LOKACIJA KRK

- LOKACIJA RAB

NAPOMENA: ZAOKRUŽITI ODGOVARAJUĆE!

1. PODNOSITELJ ZAHTEJEVA:

IME I PREZIME: _____

ADRESA PREBIVALIŠTA: _____

OIB: _____ MBO (MATIČNI BROJ OSIGURANIKA IZ ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA) _____

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: _____

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) JEDNOKRETVETNU SOBU

B) DVOKRETVETNU SOBU

C) VIŠEKRETVETNU 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 ŽIVII!

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

A) DA

B) NE

NAPOMENA: ZAKRUŽITI ODGOVARAJUĆE!

9. ZAKONSKI OBVEZNICI UZDRŽAVANJA (PUNOLIJETNA 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:

12. osobna iskaznica,
13. domovnica,
14. uvjerenje MUP-a o prebivalištu, u originalu,
15. zdravstvena iskaznica,
16. potvrda o visini mirovine isplaćene u mjesecu prije podnošenja zahtjeva, ako osoba prima mirovinu (odrezak mirovine),
17. rješenje o skrbništvu, ako postoji,
18. liječnička potvrda, na propisanom obrascu, u originalu,
19. zdravstvena dokumentacija (nalazi liječnika) kao dokaz zdravstvenog stanja, ne stariji od jedne godine od dana podnošenja zahtjeva, rješenja nadležnih tijela,
20. 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 „Mali Kartec“ 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 "MALI KARTEC"

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: