

DOM ZA ODRASLE OSOBE
LOBOR GRAD
Markušbrijeg 131, 49253 Lobor
tel: 049/ 430-087; fax: 049/ 430-015
e-mail: dom.lobor-grad@kr.t-com.hr

ZAHTJEV ZA SKLAPANJE UGOVORA ZA PRUŽANJE USLUGE POMOĆI U KUĆI

Ime (ime oca/majke) i prezime (budući korisnik)	
OIB	
Datum, mjesto i država rođenja	
Državljanstvo	
Spol	a) muško b) žensko
Adresa stanovanja (prebivalište/boravište)	
Telefon, mobitel	
Novčana primanja	a) tuzemna mirovina b) inozemna mirovina c) tuzemna i inozemna mirovina
Tip kućanstva	a) samačko b) dvočlano kućanstvo starijih osoba (65+) c) višečlano kućanstvo starijih osoba d) višegeracijsko kućanstvo
Funkcionalna očuvanost osobe (pokretnost)	a) pokretan b) polupokretan b) nepokretan d) kreće se uz pomagalo
Nadležni liječnik	Ime i prezime: _____ Telefon: _____ Naziv zdravstvene ustanove: _____
Osoba za kontakt	Ime i prezime: _____ Adresa: _____ Broj telefona: _____ E-mail: _____ Srodstvo: _____
Vrsta potrebne usluge	a) organiziranje prehrane

Obrazac kreiran na temelju Pravilnika o vođenju evidencije i dokumentacije pružatelja socijalnih usluga, te načinu i rokovima za dostavu izvješća, NN 100/2015, čl. 61.)

Učestalost potrebne usluge	
Datum početka pružanja usluge	
Datum završetka pružanja usluge	
Primjedbe	Vrsta prehrane a) normalna b) žučna c) dijabetička
Potpisnik ugovora Obveznik plaćanja	Ime i prezime: _____ OIB: _____ Adresa: _____

Suglasan / suglasna sam da se moji osobni podaci prikupljeni za ostvarivanje prava na pomoć u kući obrađuju i čuvaju samo u svrhu za koju su prikupljeni, a sukladno s Općom uredbom o zaštiti podataka (EU 2016/679) i Zakonom o provedbi opće uredbe o zaštiti osobnih podataka (NN 42/2018.).

Mjesto: _____

POTPIS:

Datum: _____
