**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**](mailto: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** | 1. tuzemna mirovina 2. inozemna mirovina 3. tuzemna i inozemna mirovina |
| **Tip kućanstva** | 1. samačko 2. dvočlano kućanstvo starijih osoba (65+) 3. višečlano kućanstvo starijih osoba 4. višegeracijsko kućanstvo |
| **Funkcionalna očuvanost osobe ( pokretnost )** | 1. pokretan b) polupokretan 2. 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** | 1. organiziranje prehrane |
| **Učestalost potrebne usluge** |  |
| **Datum početka pružanja usluge** |  |
| **Datum završetka pružanja usluge** |  |
| **Primjedbe** | Vrsta prehrane   1. 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_