|  |
| --- |
|  **Dom za starije osobe Dubrovnik** **Branitelja Dubrovnika 33, Dubrovnik****Tel. 416-530****Fax: 416-602** **ZAMOLBA ZA SMJEŠTAJ**  |
|

|  |  |
| --- | --- |
| IME I PREZIME (djevojačko prezime ) SPOL (muško, žensko) |  |
| JMBG i OIB |  |
| IME OCA I MAJKE |  |
| DATUM ROĐENJA, MJESTO ROĐENJA |  |
| Br. OSOBNE ISKAZNICE ( OI IZDALA ) |  |
| STRUČNA SPREMA I RANIJE ZANIMANJE |  |
| DRŽAVLJANSTVO |  |
| ADRESA STANOVANJA, OPĆINA |  |
| TELEFON, MOBITEL |  |
| BRAČNO STANJE, IME SUPRUŽNIKA I ADRESA |  |
| BROJ DJECE , IME I PREZIME DJECE , ADRESA I TELEFON DJECE |  |
| KONTAKT OSOBA, ADRESA/TELEFON SRODSTVO S KONTAKT OSOBOM |  |
| POKRETLJIVOST |  **a)** da **b)** ne **c)** teže |
| VRSTA MIROVINE, IZNOS MIROVINE |  |
| TROŠKOVE ĆE PODMIRIVATI | 1. sam korisnik **b)** korisnik i obveznik
2. obveznik u cijelosti **d)** drugo
 |
| RAZLIKU TROŠKOVA ĆE PODMIRIVATI  | 1. član obitelji ( ime, adresa i telefon )
 |
| 1. drugi ( ime, adresa, telefon i odnos s korisnikom )
 |
| UVJETI STANOVANJA |  **a)** vlasnik kuće/stana **b)** kod djece/srodnika **c)** stanarsko pravo/najmoprimac **d)** bez stana |
| IME IZABRANOG STOMATOLOGA:ZA ŽENE IME IZABRANOG GINEKOLOGA: | STOMATOLOG:GINEKOLOG: |
| JE LI POD SKRBNIŠTVOM (ime skrbnika, adresa, telefon) |  |
| IMATE LI ZAKLJUČEN UGOVOR O DOŽIVOTNOM ILI DOSMRTNOM UZDRŽAVANJU (ime, adresa i telefon uzdržavatelja ) |  |
| RAZLOG SMJEŠTAJA IHITNOST SMJEŠTAJA | 1. aktivan zahtjev ( želim doći na smještaj što prije)
2. mirovanje zahtjeva ( osiguranje za buduće vrijeme)
 |
| ZAKONSKA OSNOVA ZA PREDNOST PRI PRIJAMU: | 1. Molbe Centra za soc.skrb
2. c) Zakon o braniteljima (HRVI, roditelj, udovac/ica poginulog, zatočenog, umrlog, nestalog branitelja,civilna žrtva rata)
3. Zaštićeni stanar
 |
| VRSTA SMJEŠTAJA | 1. stambeni odjel ( I. i II. stupanj) pokretni
2. Odjel za njegu i brigu o zdravlju ( III. I IV. stupanj ) teže pokretne i nepokretne osobe
 |
| VRSTA SOBE |  **a)** jednokrevetna **b)** dvokrevetna **c)** trokrevetna |
| ŽELIM SMJEŠTAJ U OBJEKTU | 1. Dom Dubrovnik, Branitelja Dubrovnika 33, Dubrovnik

 **b)** Izdvojena poslovna jedinica „Thermotherapia“, Mokošica |
| U SLUČAJU SMRTI OBAVIJESTITI ( ime prezime, adresa i telefon ) |  |
| IMATE LI VLASTITI GROB(NICU) I GDJE |  |

 |
|  UKOLIKO ŽELITE MOLIMO VAS NAPIŠITE NEŠTO O SEBI, SVOJIM NAVIKAMA I POSEBNIM POTREBAMA: |
| Suglasan/ suglasna sam da se moji osobni podaci prikupljeni za ostvarivanje prava na smještaj obrađuju i čuvaju samo u svrhu za koju su prikupljeni kao i za razvoj socijalnih usluga općenito, a sukladno Zakonu o zaštiti osobnih podataka ( Narodne novine br: 104/ 03 i 106/12) |
| U Dubrovniku, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Potpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| PRILOŽITI DOKUMENTE:  |
|

|  |
| --- |
| Zamolba za smještaj |
| Liječnička potvrda o zdravstvenom stanju, ovjerena od liječnika primarne zdravstvene zaštite  medicinska dokumentacija (preslika) |
| Odrezak od zadnje mirovine (ili izvod iz banke) |
| Preslika osobne iskaznice, Domovnice i Rodnog lista |
| Preslika osnovne zdravstvene iskaznice i iskaznice dopunskog zdravstvenog osiguranja  |
| Izjava obveznika plaćanja smještaja (djelomično ili u cjelosti) ovjerena kod javnog bilježnika |

 |

**NAPOMENA: MOLBE KOJE NISU NEKOMPLETNE NEĆE BITI RAZMATRANE**