|  |
| --- |
| **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 I  HITNOST 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**