



**Z A H T J E V
ZA PRUŽANJE USLUGE POMOĆI U KUĆI**

1. IME I PREZIME _____
2. OIB, BROJ OSOBNE ISKAZNICE _____
3. DATUM i MJESTO ROĐENJA _____
4. DRŽAVLJANSTVO _____
5. ADRESA I BROJ TELEFONA _____
6. KONTAKT OSOBA (U SLUČAJU HITNOĆA) (ime i prezime, broj telefona)

7. IZNOS MIROVINE _____
8. ŽELJENE USLUGE (zaokružiti uslugu i učestalost):
- a) Priprema i dostava gotovih obroka
- I. SVAKI RADNI DAN
II. NEKOLIKO PUTA U TJEDNU; navesti koje dane _____
- b) Usluga nabave namirnica i drugih potrepština
- I. SVAKI RADNI DAN
II. NEKOLIKO PUTA U TJEDNU; navesti koje dane _____
- c) Usluga dostave lijekova i drugih medicinskih preparata
- I. SVAKI RADNI DAN
II. NEKOLIKO PUTA U TJEDNU; navesti koje dane _____
- d) Obavljanje kućanskih poslova
- I. SVAKI RADNI DAN
II. NEKOLIKO PUTA U TJEDNU; navesti koje dane _____
- e) Održavanje osobne higijene
- I. SVAKI RADNI DAN
II. NEKOLIKO PUTA U TJEDNU; navesti koje dane _____





9. DIJETALNA PREHRANA:

- I. nije potrebna
 - II. potrebna: kakva?
-

10. ALERGIJA NA HRANU:

- I. Ne
 - II. Da, koje vrste namirnica
-

11. TKO ĆE SNOSITI TROŠKOVE (zaokružiti):

- a) korisnik
- b) korisnik i sudužnik (navesti ime sudužnika _____)
- c) samo sudužnik (navesti ime sudužnika _____)

12. NALAZITE SE POD SKRBNIŠTVOM: a) DA b) NE

(Ukoliko je podnositelj zahtjeva pod skrbništvo potrebno je dostaviti Rješenje o skrbništvu kao i ime, prezime i adresu skrbnika)

Potpisom ovog zahtjeva jamčim, pod materijalnom i kaznenom odgovornošću, da su svi podaci navedeni u ovom zahtjevu istiniti.

U Labinu, _____

VLASTORUČNI POTPIS



POPIS DOKUMENTACIJE
UZ ZAHTJEV ZA USLUGU POMOĆI U KUĆI

KORISNIK:

1. ZAHTJEV - NAŠ OBRAZAC
2. PRESLIKA OSOBNE ISKAZNICE
3. PRESLIKA DOMOVNICE
4. PRESLIKA RODNOG LISTA
5. MEDICINSKA DOKUMENTACIJA (UKOLIKO SE RADI O OSOBI KOJOJ JE ZBOG PRIVREMENOG ILI TRAJNOG TJELESNOG, MENTALNOG, INTELEKTUALNOG ILI OSJETILNOG OŠTEĆENJA PRIJEKO POTREBNA POMOĆ DRUGE OSOBE),
6. RJEŠENJE O SKRBNIŠTVU ZA OSOBE POD SKRBNIŠTVOM – ukoliko postoji
7. PRIVOLA O KORIŠTENJU OSOBNIH PODATAKA
8. POTVRDA LIJEČNIKA O POTREBI ZA DIJETALNOM PREHRANOM ILI POSTOJANJU ALERGIJA NA HRANU (ukoliko postoji potreba)

SUDUŽNIK / UGOVARATELJ USLUGE

1. PRESLIKA OSOBNE ISKAZNICE
2. IZJAVA O PRIHVAĆANJU OBVEZE PLAĆANJA ILI NADOPLAĆIVANJA TROŠKOVA (CIJENE) USLUGA POMOĆI U KUĆI OVJERENA KOD JAVNOG BILJEŽNIKA
3. PRIVOLA O KORIŠTENJU OSOBNIH PODATAKA