



Umag, 04.01.2019.

DOKUMENTI POTREBNI ZA PRIJEM U DOM 2019.

KORISNIK

1. PRIVOLA za korištenje osobnih podataka (Identifikacijski obrazac)
2. Rodni list
3. Domovnica
4. Potvrda o prebivalištu korisnika (potvrdu izdaje Policijska postaja)
5. Potvrda POREZNE UPRAVE o ukupno ostvarenom dohotku i primicima u prethodnoj kalendarskoj godini
6. Preslika:
 - osobne iskaznice
 - zdravstvene iskaznice
 - odresci mirovine za zadnja 3 mjeseca
7. Osobni podaci (naš obrazac)
8. Pismeni zahtjev za prijem u ustanovu (naš obrazac)
9. Liječnička potvrda s podacima o zdravstvenom stanju te potvrdu da osoba ne boluje od teških psihičkih i zaraznih bolesti te da se ne liječi od alkoholizma (naš obrazac)
10. Rješenje o skrbništvu za osobe stavljene pod skrbništvo

SUDUŽNIK

- PRIVOLA za korištenje osobnih podataka (Identifikacijski obrazac)
- preslika osobne iskaznice; Potvrda POREZNE UPRAVE o ukupno ostvarenom dohotku i primicima u prethodnoj kalendarskoj godini
- potvrda o primanjima ili odresci mirovine za zadnja tri mjeseca;

OSOBNE STVARI KOJE KORISNIK PRI SMJEŠTAJU U DOM TREBA DONIJETI:

- zdravstvenu iskaznicu i presliku važnije zdravstvene dokumentacije (otpusna pisma i druga važnija dokumentacija)
- pribor za osobnu higijenu (češalj, sapun, šampon za kosu, četkicu za zube, pastu za zube, pribor za brijanje i ostalo)
- lijekove i sanitetski pribor koje koristi (pelene, kateter i dr.)
- **osobne stvari:** maramice ;pidžame ili spavaćice (5 komada) ;gaćice (10 komada) ; potkošulje bez rukava (5 komada) ;potkošulje s rukavima (5 komada) ;čarape (5 pari) ;papuče (2 para) ;cipele ili sandale ;kućni ogrtač (kućnu haljinu) ;osobnu garderobu (hlače, suknje, košulje, majice, trenerke....)



Atilio Gamboc

Dom za starije i nemoćne osobe

Umag, 04.01.2019.

Poštovana Obitelj,

I Radi lakšeg prikupljanja dokumentacije za prijem Vaših najmilijih u Dom, dodatno upućujemo da za dobivanje

1. POTVRDE O PREBIVALIŠTU/BORAVIŠTU (potvrdu izdaje Policijska uprava)

- Ukoliko je budući Korisnik NEPOKRETAN ili POLUPOKRETAN, za dobivanje Potvrde o prebivalištu, potrebno je kod obiteljskog liječnika Korisnika zatražiti **POTVRDU da je korisnik slabo pokretan ili nepokretan**
- **Sa dobivenom Potvrdom liječnika** odlazi se u Policijsku postaju i biti će dobivena potvrda

2. POTVRDE POREZNE UPRAVE o ukupnom ostvarenom dohotku i primicima u prethodnoj kalendarskoj godini

- Ukoliko je budući korisnik NEPOKRETAN ILI POLUPOKRETAN, za dobivanje Potvrde porezne uprave, **potrebno je da obitelj sama zatraži potvrdu u Poreznoj upravi uz predodženu presliku osobne iskaznice budućeg korisnika**

3. OVJERA zaključenog UGOVORA kod javnog bilježnika

- Ukoliko je budući Korisnik NEPOKRETAN ili POLUPOKRETAN te ne može pristupiti potpisivanju Ugovora kod javnog bilježnika, potrebno je kod obiteljskog liječnika Korisnika zatražiti **POTVRDU da je korisnik slabo pokretan ili nepokretan**
- **Sa dobivenom Potvrdom liječnika** odlazi se kod javnog bilježnika i dogovara izlazak bilježnika na ovjeru ugovora

II PRIMANJA SUDUŽNIKA potrebna su

- Ukoliko primanja Korisnika ne pokrivaju troškove usluge smještaja

III RJEŠENJE O SKRBNIŠTVU / Ugovor o dosmrtnom uzdržavanju / Ugovor o doživotnom uzdržavanju

- Ukoliko Obitelj posjeduje Rješenje o skrbništvu / Ugovor o dosmrtnom uzdržavanju / Ugovor o doživotnom uzdržavanju, molimo Obitelj da priloži dokumentaciji za prijem u Dom radi pripreme Ugovora o domskom smještaju

S poštovanjem



Atilio Gamboc
Dom za starije i nemoćne osobe

Ime i prezime podnositelja _____

Adresa stanovanja, telefon _____

ZAHTJEV

za smještaj u Dom za starije i nemoćne osobe "Atilio Gamboc" u Umagu

I Podaci o korisniku

Ime i prezime: _____, rođen-a dana _____

u _____, stalno nastanjen/a u _____.

II Tip smještaja koji se želi:

- a) smještaj iz socijalnog programa (subvencionirana cijena)
- b) smještaj na bazi plaćanja ekonomske cijene

III Vrsta smještaja koji se želi:

- a) apartman
- b) jednokrevetna soba
- c) dvokrevetna soba
- d) trokrevetna soba
- e) poludnevni boravak (od 7-16 sati uz prehranu i njegu)

IV Vrsta smještaja

- a) Odjel brige i njege o zdravlju
- b) Stambeni odjel

Dodatak njege:

- a) DA
- b) NE

V Vrijeme za kada se smještaj traži

- a) odmah
- b) smještaj se traži za budućnost i slučaj nemoći

VI Pranje odjeće

DA NE

VII Tko će snositi troškove smještaja _____

VIII Ostale okolnosti od utjecaja na smještaj u ustanovu socijalne skrbi _____

U _____, dana _____

Potpis: _____

Datum predaje potpune dokumentacije: _____
(popunjava službena osoba)



Atilio Gamboc

Dom za starije i nemoćne osobe

OSOBNİ PODACI:

1. Ime i prezime: _____

Adresa stanovanja: _____

2. Ime i prezime oca i majke (i djevojačko prezime majke):

3. Dan, mjesec i godina rođenja _____

4. OIB: _____

5. Br. osobne iskaznice _____ izdane u _____

4. Mjesto rođenja (općina) _____

5. Mjesto: a) prebivališta _____

b) boravišta _____

6. Državljanstvo _____

7. Bračno stanje _____ Broj djece _____ Ime, prezime i zanimanje

(bračnog) partnera _____

8. Ranije zanimanje _____

9. Školska sprema _____

10. Članovi domaćinstva:

Ime i prezime	Srodstvo

11. Obveznici uzdržavanja i srodnici (koji ne žive u istom domaćinstvu):

Ime i prezime	Srodstvo	Adresa	Tel.

12. Imovinsko stanje korisnika

a) mirovina (vrsta, iznos) _____

b) nekretnine _____

c) pokretnine _____

13. Tko podmiruje razliku od mirovine do visine troškova smještaja _____

14. Stambeni status _____

15. Da li je sklopljen ugovor o doživotnom uzdržavanju: a) DA
b) NE

16. Da li se nalazite pod skrbništvom:

a) NE

b) DA (ime, prezime i adresa skrbnika: _____)

17. Tko će obaviti sahranu _____

18. Kontakt osoba u slučaju hitnoće _____

19. Zdravstveno stanje: a) pokretan
a. pokretan uz pomagala
b. nepokretan

20. Razlog smještaja _____

21. Kratak životopis _____

21. NAPOMENA: _____



Atilio Gamboc

Dom za starije i nemoćne osobe

Sukladno Općoj uredbi o zaštiti osobnih podataka (N.N. 42/2018) primjenjivom od 25.05.2018. godine, i Pravilnika o obradi i zaštiti osobnih podataka usvojen na sjednici Upravnog vijeća dana 14.06.2018. godine, dajem PRIVOLU za korištenje osobnih podataka, prema navedenom

IDENTIFIKACIJSKI OBRAZAC KORISNIKA

IME I PREZIME	
DATUM I GODINA ROĐENJA	
OIB	
ADRESA	
BROJ OSOBNE ISKAZNICE Vrijedi do	
KONTAKT (mob;e-mail)	

PODACI O RAČUNU:

NAZIV BANKE	
IBAN broj tekućeg računa	

Umag, _____.

Korisnik:

Obrazac popunio:



Atilio Gamboc
Dom za starije i nemoćne osobe

Sukladno Općoj uredbi o zaštiti osobnih podataka (N.N. 42/2018) primjenjivom od 25.05.2018. godine, i Pravilnika o obradi i zaštiti osobnih podataka usvojen na sjednici Upravnog vijeća dana 14.06.2018. godine, dajem PRIVOLU za korištenje osobnih podataka, prema navedenom

IDENTIFIKACIJSKI OBRAZAC SUDUŽNIKA/SKRBNIKA

IME I PREZIME	
DATUM I GODINA ROĐENJA	
OIB	
ADRESA	
BROJ OSOBNE ISKAZNICE Vrijedi do	
KONTAKT (mob;e-mail)	

PODACI O RAČUNU:

NAZIV BANKE	
IBAN broj tekućeg računa	

Umag, _____.

Sudužnik/Skrbnik:

Obrazac popunio:



SUGLASNOST

Ja, _____ rođen/a _____ godine,
iz _____ (mjesto prebivališta)

Korisnik/ica sam usluge smještaja u Domu za starije i nemoćne osobe „Atilio Gamboc“ Umag-Umago.

Ovime dajem suglasnost da se snimke ili fotografije nastale tijekom mog boravka u Domu mogu koristiti za širu javnost, objavljivati na oglasnoj ploči Doma, TV reportažama, novinskim člancima odnosno medijima informiranja na internetu, uključujući mrežne stranice Doma, a sve sukladno odredbama Opće uredbe o zaštiti osobnih podataka (EU) 2016/679.

Umag, _____

Korisnik/ica:

(potpis)



Atilio Gamboc

Dom za starije i nemoćne osobe

**LIJEČNIČKA SVJEDODŽBA ZA PRIJEM U
DOM ZA STARIJE I NEMOĆNE OSOBE „ATILIO GAMBOC“ UMAG**

OSOBNİ PODACI:

a) ime, očevo ime i prezime: _____

b) dan, mjesec i godina rođenja: _____

c) adresa stanovanja: _____

d) mjesto stanovanja: _____

1) DIJAGNOZE: _____

2) PSIHIČKA BOLEST

DA

NE

2A) PODACI S DIJAGNOZAMA O TEŠKIM PSIHIČKIM I ZARAZNIM BOLESTIMA
TIJEKOM ŽIVOTA: _____

3) OPERATIVNI ZAHVATI TIJEKOM ŽIVOTA: _____

4) TERAPIJA: _____

5) ALERGIJA NA LIJEKOVE I OSTALE ALERGENE:

➤ Ne

➤ Da , koje: _____

6. Zdravstveno stanje:	7. Stanje svijesti:	8. Orijentiranost u vremenu i prostoru:	9. Potreba za općom njegom:
☐ trajno nepokretan ☐ nepokretan ☐ trajno ograničeno nepokretan ☐ ograničeno pokretan ☐ sasvim pokretan	☐ Odmah reagira ☐ Apatičan/zbunjen ☐ Bez reakcije na podražaj ☐ U komi	☐ Potpuno ☐ Djelomično ☐ Neorijentiran/a	☐ Jednom i više puta dnevno ☐ Nekoliko puta tjedno ☐ Jednom tjedno ☐ Jednom mjesečno

10. Inkontinencija		11. Prehrana	12. Unos tekućine
☐ Urin ☐ Da ☐ Ne	☐ Stolica ☐ Da ☐ Ne	☐ Dobra ☐ Osrednja ☐ Slaba ☐ Ne jede	☐ Dobar ☐ Osrednji ☐ Slab ☐ Ne pije

13. Rane	14. Specijalne potrebe:	DA	NE
☐ Dekubitus ☐ Da ☐ Ne	Druge rane ☐ Da ☐ Ne	☐ Stoma ☐ Kanila ☐ Nazogastrična sonda ☐ Peritonealna dijaliza ☐ Pomagalo za respiratorni sustav ☐ Pomagalo za urogenitalni sustav ☐ Drugo	

15) POMOĆ I NJEGA DRUGE OSOBE:

- a) nije potrebna
- b) potrebna u cijelosti
- c) djelomično potrebna: ☐ Pranje cijelog tijela
 - Tuširanje
 - Pranje dijelova tijela
 - Umivanje
 - Pranje kose
 - Brijanje
 - Higijena uz angažman pacijenta
 - Uređivanje noktiju
 - Svlačenje
 - Oblačenje
 - Higijena usne šupljine
 - Nešto drugo: _____

16) MEDICINSKA POMOĆ:

d) nije potrebna

e) potrebna (kakva) _____

17) DIJETNA PREHRANA:

f) nije potrebna

g) potrebna (kakva) _____

18) KATEGORIJA ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA: _____

19) IME I PREZIME ODABRANOG LIJEČNIKA (BROJ TELEFONA):

Mjesto i datum: _____

Potpis liječnika: _____

LIJEČNIČKA POTVRDA

Kojom se potvrđuje da _____
ime i prezime osobe i ime oca

ne boluje od psihičkih i zaraznih bolesti, te se ne liječi od alkoholizma ili drugih oblika ovisnosti.

Mjesto i datum: _____

Potpis liječnika: _____