

DOM ZA STARIJE OSOBE PARK

ZAGREB, IVANIĆGRADSKA 52

TEL: 01-2369-400 / 01-2369-402 / 01-2369-413

MAIL: dom.park-ivanicgradska@dom-park.hr

WEB STRANICA: www.dom-park.hr

U slučaju da je kandidatu potreban smještaj u budućnosti, dovoljno je ispuniti samo Zamolbu za smještaj.

U suprotnom, za potrebe Komisije za prijem korisnika, bit će potrebno dostaviti slijedeće:

1. zamolba za smještaj – ispunjena
2. statistički podaci – dobrovoljno ispunjavanje
3. liječnička potvrda – ispunjena i ovjerena (ne starija od 6 mjeseci)
4. preslika rodnog i/ili vjenčanog lista
5. preslika domovnice
6. preslika osobne iskaznice
7. preslika iskaznice zdravstveno osigurane osobe i iskaznice dopunskog osiguranja
8. preslika zadnje potvrde o mirovinskim primanjima
9. preslika važnije zdravstvene dokumentacije (povijest bolesti, otpusno pismo)
10. rješenje o skrbništvu (ako je osoba pod skrbništvom)
11. preslika osobne iskaznice i zadnjeg obračuna isplaćene plaće ili zadnje potvrde o mirovinskim primanjima ili drugi dokaz obveznika plaćanja o sposobnosti plaćanja cijene usluga Doma

CIJENE SMJEŠTAJA (PO OSOBI):

I. i II. stupanj usluge (stambeni dio i polustacionar)

jednokrevetna soba s vlastitom kupaonicom - **4.500,00 kuna**

jednokrevetna soba s vlastitom kupaonicom i visokim prozorom - **4.200,00 kuna**

dvokrevetna soba s vlastitom kupaonicom - **3.100,00 kuna**

velika dvokrevetna soba s vlastitom kupaonicom - **3.300,00 kuna**

Cjenik dodatnih usluga za I. i II. stupanj usluge:

- kupanje (uz pranje kose, rezanje noktiju) – 70,00 kuna po kupanju
- brijanje – 15,00 kuna po brijanju
- podjela dnevne terapije i/ili inzulina – 200,00 kuna mjesečno
- podjela tjedne terapije u dozatore – 20 kuna tjedno
- individualna masaže (15 minuta) – 35 kuna
- dostava obroka u sobu ili čajnu kuhinju – 6,00 kuna po obroku
- dijabetički međuobroci – 10,00 kuna po danu
- hladnjak u sobi – 25,00 kuna mjesečno
- telefonski impulsi – naplata prema stvarnoj potrošnji, a ovisno o cijeni operatera koji daje uslugu. U dvokrevetnim sobama, trošak telefona se dijeli (osim ako nije drugačije dogovoreno)
- usluga nabave namirnica i drugih potrepština – 25 kn po nabavi
- usluga dostava lijekova i drugih medicinskih preparata - 50 kn mjesečno
- usluga dostave laboratorijskih uzoraka - 20 kn po uzorku

III. stupanj usluge (Odjel pojačane njege)

dvokrevetna soba - 5.300,00 kuna

trokrevetna soba - 4.900,00 kuna

Cjenik dodatnih usluga za III. stupanj usluge:

- individualna masaže (15 minuta) – 35 kuna
- usluga nabave namirnica i drugih potrepština – 25 kn po nabavi
- usluga dostava lijekova i drugih medicinskih preparata - 50 kn mjesečno
- usluga dostave laboratorijskih uzoraka - 20 kn po uzorku
- dijabetički međuobroci – 10,00 kuna po danu

NAPOMENA: Molimo Vas da nam javite ako dođe do promjena u zdravstvenom stanju, odustajanja od smještaja ili kakvih drugih promjena, a najmanje jednom godišnje

ZAMOLBA ZA SMJEŠTAJ U DOM ZA STARIJE OSOBE PARK

Ur.broj _____

Zagreb _____

IME I PREZIME	
SPOL	a) <input type="checkbox"/> Ž b) <input type="checkbox"/> M
OIB	
DATUM ROĐENJA	
ADRESA STANOVANJA, GRAD	
KONTAKT TEL. / MOB. KANDIDATA / e-mail	
KONTAKT OSOBA KANDIDATA / TEL. MOB. / e-mail SRODSTVO/ODNOS S KONTAKT OSOBOM	
PRIORITETNI SMJEŠTAJ	a) <input type="checkbox"/> DA b) <input type="checkbox"/> NE
Ukoliko da, temeljem:	a) Zakona o socijalnoj skrbi (rješenje centra za socijalnu skrb) b) Zakona o pravima hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata i članova njihovih obitelji c) Zakona o zaštiti vojnih i civilnih invalida rata
RAZLOG SMJEŠTAJA U DOM	a) bolest i nemoć b) invalidnost c) poremećeni odnosi u obitelji d) osamljenost e) neprimjereni uvjeti stanovanja f) drugo
VRSTA SOBE	a) jednokrevetna (bračni par) b) dvokrevetna c) dvokrevetna (za d) trokrevetna
LOKACIJA DOMA (za dom koji ima dvije)	

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 u svrhu za koju su prikupljeni kao i za razvoj socijalnih usluga općenito, a sukladno Zakonu o provedbi opće uredbe o zaštiti podataka (Narodne novine br: 42/2018)

U Zagrebu, _____

Potpis: _____

STATISTIČKI PODACI

○ popunjavanje ovog obrasca je dobrovoljno, a podaci će služiti isključivo u statističke svrhe

STRUČNA SPREMA	a) bez škole d) VŠS	b) OŠ e) VSS	c) SSS f) magisterij /doktorat
BRAČNO STANJE	a) u braku	b) razveden/a	c) udovac/ica d) samac/ica
BROJ DJECE			
DRŽAVLIJANSTVO			
MBO			
IZNOS MIROVINE / PRIHODA			
VRSTA MIROVINE	a) starosna	b) invalidska	c) obiteljska
TROŠKOVE ĆE PODMIRIVATI	a) sam korisnik b) obveznik u cijelosti	b) korisnik i obveznik d) drugo	
UVJETI STANOVANJA	a) vlasnik kuće/stana c) stanarsko pravo/najmoprimac	b) kod djece/srodnika d) bez stana	
PREBIVALIŠTE U GRADU ZAGREBU	a) DA	b) NE	
Ukoliko DA koliko godina	a) do 5 god preko 15 god	b) od 5-10 god	c) od 10-15 d)
HITNOST SMJEŠTAJA	a) potreban odmah	b) potreban u budućnosti	
POKRETLJIVOST	a) pokretan	b) teže pokretan	c) nepokretan
VRSTA SMJEŠTAJA	a) stambeni dio	b) pojačana njega	
OSOBA POD SKRBNIŠTVOM	a) DA	b) NE	
SKLOPLJEN UGOVOR O DOŽIVOTNOM ILI DOSMRTNOM UZDRŽAVANJU	a) DA	b) NE	

Suglasan/ suglasna sam da se moji osobni podaci prikupljeni u statističke svrhe analiziraju za razvoj novih socijalnih usluga, a sukladno Zakonu o provedbi opće uredbe o zaštiti podataka (Narodne novine br: 42/2018)

U Zagrebu, _____

Potpis: _____

LIJEČNIČKA POTVRDA ZA PRIJEM U DOM

Liječnička potvrda za prijem nije valjana ukoliko nisu ispunjene sve rubrike

IME i PREZIME: _____

OIB: _____ MBO: _____

DIJAGNOZE: (bolesti razvrstane po važnosti utjecaja na zdravstveno stanje)

TERAPIJA: _____

1. POKRETNOST: a) potpuna b) djelomična c) nepokretan

2. ORIJENTIRANOST U PROSTORU I VREMENU:

a) orijentiran b) djelomično orijentiran c) neorijentiran

3. DUŠEVNO OBOLJENJE: a) postoji, koje _____ b) ne postoji

4. ALZHEIMEROVA BOLEST I DRUGE DEMENCIJE:

a) postoji, koje _____ b) ne postoji

5. KONTINENTNOST: a) kontinentan

b) inkontinentan

6. ZARAZNO OBOLJENJE: a) postoji, koje _____ b) ne postoji

7. LIJEČEN/A OD ALKOHOlizMA: a) da b) ne

8. LIJEČEN/A OD HEPATITISA: a) da b) ne

9. LIJEČEN/A OD TUBERKULOZE: a) da b) ne

10. POMOĆ I NJEGA DRUGE OSOBE :

a) potrebna je: kod osobne higijene b) nije potrebna

kod oblačenja

kod hranjenja

kretanja

11. MEDICINSKA POMOĆ: a) nije potrebna b) potrebna je – navesti

kakva: _____

12. DIJETALNA PREHRANA: a) nije potrebna b) potrebna je _____

Mjesto i datum:

M.P.

Potpis liječnika:

13. IME I PREZIME, ADRESA, TELEFON, E.MAIL I RADNO VRIJEME ODABRANOG LIJEČNIKA
