



DOM ZA STARIJE I NEMOĆNE OSOBE OSIJEK

Drinska 10, 31000 Osijek

ŽR: HR9025000091102015634 | MB: 030006656 | OIB: 24185131317

tel: +385 31 273 453, fax: +385 31 275 455 | e-mail: info@dom-umirovljenika-os.hr | www.dom-umirovljenika-os.hr

ZAMOLBA ZA SMJEŠTAJ U DOM ZA STARIJE I NEMOĆNE OSOBE OSIJEK

OSNOVNI PODATCI																		
IME I PREZIME	ime				prezime				djevojačko prezime									
IME OCA I MAJKE	ime oca				ime majke				djevojačko prezime majke									
OIB / JMBG	oib				jmbg													
DAN / MJESEC / GODINA ROĐENJA																		
MJESTO / OPĆINA / DRŽAVA ROĐENJA	mjesto				općina/grad				država									
DRŽAVLJANSTVO																		
ADRESA PREBIVALIŠTA	naselje			ulica			kućni broj			poštanski broj								
KONTAKT PODATCI	telefon			mobitel			e-mail			fax								
OSTALI PODATCI																		
STAMBENI STATUS (zaokruži)	a) vlastita kuća ili stan			b) stanarsko pravo			c) sustanar			d) podstanar			e) bez stana					
BRAČNI STATUS (zaokruži)	a) oženjen/udata			b) razveden/razvedena			c) udovac/udovica			d) izvanbračna zajednica			e) ništa od navedenoga					
IME I PREZIME SUPRUŽNIKA	ime				prezime				djevojačko prezime									
BROJ ČLANOVA DOMAČINSTVA																		
DJECA	broj djece			Ime i prezime djeteta za kontakt				adresa / mobitel / telefon										
STRUČNA SPREMA (zaokruži)	a) VSS ili VŠS				b) SSS				c) NKV									
MBO (matični broj osiguranika-zdravstveni)																		
IME I PREZIME LIJEČNIKA																		
MIROVINA (iznos i vrsta mirovine)	iznos mirovine			a) prijevremena starosna			b) starosna			c) invalidska			d) obiteljska					
BANKA (na koju prima mirovinu)	ime banke			IBAN			H			R								
OBVEŽNIK PLAĆANJA RAZLIKE CIJENE SMJEŠTAJA	ime			prezime			oib			adresa / telefon								
SKRBNIK	ime			prezime			oib			adresa / telefon								
VLASNIŠTVO GROBNICE	a) DA			b) NE			mjesto / općina											
PODATCI O SMJEŠTAJU																		
RAZLOZI SMJEŠTAJA U DOM																		
* OSTVARUJEM PRAVO NA PREDNOST PRI SMJEŠTAJU U DOM (zaokruži)	a) DA			b) NE			a) temeljem članka 127. Zakona o hrvatskim braniteljima iz Domovinskog rata i članovima i njihovih obitelji				b) temeljem preporuke nadležnog Centra za socijalnu skrb							
ZDRAVSTVENO STANJE (zaokruži)	a) pokretan			b) pokretan uz pomagalo			c) nepokretan			d) kronične bolesti			e) slabovidnost			f) naglušnost		
VRSTA SMJEŠTAJA KOJU TRAŽIM (zaokruži)	a) DOM I – jednokrevetna soba			b) DEPADANSA – jednokrevetna soba			c) DEPADANSA – dvokrevetna soba			d) DEPADANSA - apartman			e) STACIONAR – polupokretne osobe			f) STACIONAR – nepokretne osobe		

* Podnositelj zahtjeva koji ostvaruje pravo na prednost pri smještaju obavezan je u zamolbi pozvati se na to pravo te priložiti odgovarajuću dokumentaciju kao dokaz za ostvarivanje prava

U Osijeku, _____

_____ vlastoručni potpis