

DOM ZA STARIJE OSOBE PEŠČENICA, ZAGREB
Zagreb, Donje Svetice 89

www.dom-pescenica.hr

izvaninstitucija@dom-pescenica.hr

Telefon: 2358-505 2358-517 2358-521

ODJEL SOCIJALNOG RADA SESVETE
Sesvete-Zagreb, Milke Trnine 6
Telefon: 2000-167

DOKUMENTACIJA POTREBNA ZA OSTVARIVANJE PRAVA NA
USLUGU POMOĆI U KUĆI

- 1. ZAMOLBA ZA USLUGU POMOĆI U KUĆI (obrazac u privitku)**
- 2. PRESLIKA VAŽEĆE OSOBNE ISKAZNICE ILI DOMOVNICE ILI PRESLIKA IZVATKA IZ MATICE ROĐENIH (ne stariji od 6 mjeseci)**
- 3. POTVRDA CENTRA ZA SOCIJALNU SKRB ZAGREB DA PODNOSITELJ ZAHTJEVA NE OSTVARUJE PRAVO NA POMOĆ U KUĆI TEMELJEM RJEŠENJA CENTRA ZA SOCIJALU SKRB**
- 4. LIJEČNIČKA POTVRDA (ispunjena od strane izabranog liječnika obiteljske medicine; obrazac u privitku)**
- 5. PRESLIKA MEDICINSKE DOKUMENTACIJE O TJELESNOM, MENTALNOM, INTELEKTUALNOM ILI OSJETILNOM OŠTEĆENJU / TRAJNIM PROMJENAMA U ZDRAVSTVENOM STANJU / PRIVREMENIM PROMJENAMA U ZDRAVSTVENOM STANJU**
- 6. DOKAZ O PRIHODIMA SVIH ČLANOVA KUĆANSTVA (odrezak od mirovine; potvrda o nezaposlenosti izdana od strane Hrvatskog zavoda za zapošljavanje, Regionalni ured Zagreb, Ulica kralja Zvonimira 15)**
- 7. OBRAZAC SUGLASNOSTI KANDIDATA (obrazac u privitku)**

UREDNO VRIJEME SOCIJALNOG RADNIKA
ZA STRANKE

UTORAK	09:00 – 12:00
ČETVRTAK	12:00 – 15:00

ZAMOLBA ZA USLUGU POMOĆ U KUĆI

1. organiziranje prehrane
2. obavljanje kućnih poslova
3. održavanje osobne higijene
4. uređenje okućnice i tehnički poslovi u domu korisnika

1. Ime i prezime (i djevojačko) _____

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

3. Broj osobne iskaznice: _____

4. OIB: _____

5. Državljanstvo: _____

6. Datum i mjesto rođenja: _____

7. Adresa prebivališta i gradska četvrt: _____

8. Telefon: _____

9. Mobitel: _____

10. Adresa elektroničke pošte: _____

11. Školska sprema: _____

12. Zanimanje: _____

12. Uslugu pomoći u kući tražim zbog:

- a) tjelesnog, mentalnog, intelektualnog ili osjetilnog oštećenja / trajnih promjena u zdravstvenom stanju / starosti
- b) privremenih promjena u zdravstvenom stanju

13. Osoba pod skrbništvom:

DA (potrebno priložiti rješenje o skrbništvu centra za socijalnu skrb)

NE

14. Ugovor o doživotnom/dosmrtnom uzdržavanju:

DA (potrebno priložiti presliku ugovora)

NE

15. Rješenje Centra za socijalnu skrb Zagreb o priznavanju prava na pomoć u kući:

DA

NE

16. Prihodi kućanstva:

a) _____; _____ kn, mjesečno (podnositelj)
(vrsta mirovine) (iznos)

b) _____; _____ kn, mjesečno (član kućanstva; srodstvo)
(vrsta mirovine) (iznos)

UKUPNO: _____ kn, mjesečno, što iznosi _____ kn mjesečno po članu kućanstva,

17. Stambeni status:

- a) samačko kućanstvo
- b) dvočlano kućanstvo starijih osoba (65+)
- c) višečlano kućanstvo starijih osoba (65+)
- d) višegeneracijsko kućanstvo

18. Broj članova kućanstva _____

19. Uvjeti stanovanja: a) dobri b) osrednji c) loši

20. Bračno stanje (ime i prezime supružnika) _____

21. Odnosi s obitelji: a) dobri b) poremećeni

22. Osobe za kontakt:

Ime i prezime _____ srodstvo _____

Adresa _____

Br. tel./mob. _____ e-mail _____

Ime i prezime _____ srodstvo _____

Adresa _____

Br. tel./mob. _____ e-mail _____

23. Zdravstvena ustanova i nadležni liječnik

24. Zdravstveno stanje:

a) pokretnost:

a) potpuna

b) djelomična, pomagalo _____

c) nepokretan

b) osjetila:

a) vid: dobar/loš

b) sluh: dobar/loš

c) duševno oboljenje:

a) postoji, koje _____

b) ne postoji

d) tjelesna invalidnost:

a) postoji

b) ne postoji

e) zarazno oboljenje:

a) postoji, koje _____

b) ne postoji

f) kronične bolesti:

a) postoji

b) ne postoji

g) ovisnost o nikotinu:

a) postoji

b) ne postoji

h) ovisnost o alkoholu:

a) postoji

b) ne postoji

i) ovisnost o psihoaktivnim supstancama:

a) postoji

b) ne postoji

j) psihičko stanje:

a) orijentiran

b) djelomično orijentiran

c) dezorijentiran

25. Vrsta prehrane:

a) normalna

b) dijetalna (lagana)

c) dijabetička

26. Tko Vam je pružao pomoć do sada i na koji način?

27. Jeste li predali molbu za smještaj u dom, gdje i kada?

(mjesto i datum)

(potpis kandidata)

ZAHTJEV PREDAO

(ime i prezime)

(potpis)

ZAHTJEV PREUZEAO

(ime i prezime)

(potpis)

LIJEČNIČKA POTVRDA ZA USLUGU POMOĆI U KUĆI

Prezime i ime pacijenta _____

Adresa _____ Datum i mjesto rođenja _____

1. Dijagnoza _____

2. Pokretnost a) potpuna b) djelomična, pomagalo _____ c) nepokretan

3. Oštećenje vida DA NE 4. Oštećenje sluha DA NE

5. Tjelesna invalidnost DA NE 6. Mentalna retardacija DA NE

7. Duševno oboljenje DA, koje _____ NE

8. Kronična bolest DA NE

9. Ovisnost o alkoholu DA NE

10. Ovisnost o nikotinu DA NE

11. Zarazno oboljenje DA koje _____ NE

12. Ovisnost o psihoaktivnim supstancama DA NE

15. Psihičko stanje: a) orijentiran b) djelomično orijentiran c) dezorijentiran

16. Kontinentnost: a) kontinentan b) inkontinentan

17. Pomoć i njega druge osobe :

a) nije potrebna b) potrebna je: - kod osobne higijene
- kod oblačenja
- kod hranjenja
- kretanja
- kod uzimanja propisane terapije

18. Medicinska pomoć: a) nije potrebna b) potrebna je – navesti kakva:

19. Dijetalna prehrana a) nije potrebna b) potrebna je – navesti kakva:

20. Dosadašnja terapija _____

21. Ime, prezime, adresa i kontakt odabranog liječnika

Mjesto i datum:

Potpis i žig liječnika:

OBRAZAC SUGLASNOSTI KANDIDATA

kojom ja _____ ,
(ime i prezime)

rođen-a _____ , OIB _____ ,
(datum i mjesto rođenja) (upisati osobni identifikacijski broj i/ili matični broj građanina)

s prebivalištem _____ ,
(mjesto, ulica, kućni broj)

kao kandidat za socijalnu uslugu pomoći u kući, dajem suglasnost voditelju obrade podataka Doma za starije osobe Peščenica, Zagreb, za obradu mojih osobnih podataka u svrhu:

- obrade zamolbe za uslugu pomoći u kući,
- ostvarivanja prava na uslugu pomoći u kući,
- plaćanja troškova usluge pomoći u kući.

Od strane voditelja obrade podataka upoznat sam da će se moji osobni podaci koristiti samo u naveden svrhe, te se neće dalje prosljeđivati i koristiti u druge svrhe.

Od strane voditelja obrade podataka upoznat sam da u svakom trenutku imam pravo povući ovu suglasnost, te da povlačenje suglasnosti ne utječe na zakonitost obrade podataka na temelju ove suglasnosti prije njezina povlačenja.

(mjesto i datum)

(potpis)

Kako bi se osigurala poštena i transparentna obrada osobnih podataka, u skladu s člankom 13. Uredbe (EU) 2016/679 Europskog parlamenta i Vijeća od 27. travnja 2016. o zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i o slobodnom kretanju takvih podataka te o stavljanju izvan snage Direktive 95/46/EZ (dalje u tekstu: Opća uredba o zaštiti podataka), dajemo:

UPUTU O PRAVIMA ISPITANIKA

Kontakt podaci voditelja obrade

Voditelj obrade: **Dom za starije osobe Peščenica, Zagreb, Donje Svetice 89, 10000 Zagreb**

Kontakt podaci službenika za zaštitu podataka

Naziv: **Voditelj obrade podataka** Mail: dom-pescenica@dom-pescenica.hr
Adresa: **Zagreb, Donje Svetice 89** Telefon: **01/2358-502**

Svrha i pravna osnova obrade / legitimni interes voditelja obrade

Svrha: Podaci se obrađuju u svrhu ostvarivanja prava na socijalnu uslugu pomoći u kući
sukladno Zakonu o socijalnoj skrbi (NN 157/13, 152/14, 99/15, 16/17, 130/17, 98/19, 64/20)
i Odluci o socijalnoj skrbi Grada Zagreba (Službeni glasnik Grada Zagreba 26/14, 19/15, 06/16, 16/16,
23/16, 04/19, 06/20)

Razdoblje u kojem će osobni podaci biti pohranjeni

Razdoblje: Podaci se čuvaju trajno

Prava ispitanika

Obrasci zahtjeva podnošenjem kojih ispitanici mogu zaštititi svoja prava vezana uz obradu osobnih podataka nalaze se na adresi: <https://www.dom-pescenica.hr>

Prikupljanje osobnih podataka

Vrši se zbog Zakonske/Ugovorne obveze: ☒ DA ☐ NE

Kao uvjet nužan za sklapanje ugovora: ☒ DA ☐ NE

Posljedice ne pružanja osobnih podataka: Nemogućnost ostvarivanja prava

Primatelji osobnih podataka

Primatelji:

- Dom za starije osobe Peščenica, Zagreb
- Programi podrške u lokalnoj zajednici „Gerontološki centar Doma za starije osobe Peščenica, Zagreb“
- INGOP d.o.o.
- Ustanove Dobri dom Grada Zagreba

Prijenos i obrada podataka

Voditelj obrade namjerava osobne podatke prenositi trećim zemljama izvan EU: ☐ DA ☒ NE

Voditelj obrade namjerava osobne podatke obrađivati i u druge svrhe: ☐ DA ☒ NE

Nadzorno tijelo

Nadzorno tijelo za provedbu Opće uredbe o zaštiti podataka je Agencija za zaštitu podatka sa sjedištem u Zagrebu, Martićeva ulica 14, **e-mail: azop@azop.hr**.