DOM ZA STARIJE I NEMOĆNE OSOBE ILOK
SOFIJA 2, ILOK
tel: 032/592-700
e-mail: domilok@gmail.com

POTREBNA DOKUMENTACIJA ZA PODNOŠENJE ZAHTJEVA ZA DNEVNI BORAVAK

Osobe zainteresirane za uslugu dnevnog boravka trebaju priložiti slijedeću dokumentaciju:

1. ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE USLUGE DNEVNOG BORAVKA (u prilogu obrazac)

2. LIJEČNIČKA POTVRDA (u prilogu obrazac)

3. OSOBNA ISKAZNICA (preslika)

4. ZDRAVSTVENA ISKAZNICA (preslika)

5. RODNI LIST (preslika)

6. ODREZAK OD MIROVINE (preslika)

7. NOVIJA I VAŽNIJA ZDRAVSTVENA DOKUMENTACIJA (preslika)

*** ZA MLAĐE OD 65 GOD. – DOKAZ O RADNOJ NESPOSOBNOSTI**

ILI INVALIDNOSTI

Svi zainteresirani mogu poslati dokumente na gore navedenu adresu, mail adresu ili predati neposredno u upravi Doma.

Interreg Co-funded by the European Union
IPA Croatia-Serbia
SocCare

ZAHTJEV ZA USLUGU BORAVKA
USLUGA DNEVNOG BORAVKA – Projekt SocCare

Ur.broj:
Datum:

1.Prezime i ime (i djev.): _____

2.Ime oca i majke: _____

3.OIB:_____

4.Datum rođenja: _____

5.Mjesto i općina rođenja: _____

6.Državljanstvo: _____

7.Adresa, telefon : _____

8.Tip kućanstva:

a) samac
b) dvočlano kućanstvo (65+)
c) višečlano kućanstvo starijih osoba
d) višegeneracijsko kućanstvo
e) nešto drugo _____

9.Bračno stanje (nije obavezno): _____

Ime i prezime supružnika: _____

10.Broj djece (nije obavezno) : _____

11.Broj članova domaćinstva (nije obavezno): _____

12.Adresa i broj telefona najbližih članova obitelji i dr. osoba za kontakt:

_____

13.Školska sprema : _____

14.Ranije zanimanje: _____

15.Vrsta mirovine:

a) prijevremena mirovina
b) starosna mirovina
c) invalidska mirova
d) obiteljska mirovina

iznos mirovina: _____

16.Skrbništvo:

a) da, broj rješenja o skrbništvu i ime skrbnika _____
_____
b) ne

17.Zdravstveno stanje:

a) pokretan
b) pokretan uz pomagalo
c) slabovidnost / sljepoća
d) nagluhost / gluhoća
e) Alzheimer i drugi oblici demencije
f) kronične bolesti _____

18.Nekoliko riječi o sebi :

Mjesto i datum: Potpis:

_____ _____

Interreg Co-funded by the European Union
IPA Croatia-Serbia
SocCare

LIJEČNIČKA POTVRDA ZA USLUGU DNEVNOG BORAVKA
DOMA ZA STARIJE I NEMOĆNE OSOBE ILOK – Projekt SocCare

IME I PREZIME: _____
ADRESA STANOVANJA: _____
DATUM I MJESTO ROĐENJA: _____

1.DIJAGNOZE:

_____
_____
_____

2.RANIJE BOLESTI:

_____
_____
_____

3.PSIHIČKO STANJE - ORIJENTIRANOST U VREMENU I PROSTORU

a) orijentiran/a b) djelomično orijentiran/a c) dezorijentiran/a

4.KONTROLA FIZIOLOŠKIH POTREBA a) kontinentan/na b) inkontinentan/na

5.POKRETLJIVOST

a) sasvim pokretan/na b) ograničeno pokretan/na (koristi štap, štake, hodalicu)
c) ograničeno pokretan/na (uz invalidska kolica) d) nepokretan/na

6.OSJETILA: a) vid: dobar / loš b) sluh: dobar / loš

7.POMOĆ I NJEGA DRUGE OSOBE: a) nije potrebna b) potrebna je :
- kod umivanja
- kod oblačenja
- kod hranjenja

8.DIJETALNA PREHRANA a)nije potrebna b)potrebna je (kakva)

_____

9.DOSADAŠNJA TERAPIJA

_____
_____

10.BOLUJE OD : a) duševne bolesti b) alkoholizma ili druge ovisnosti c) zaraznih bolesti

11. POSEBNO MIŠLJENJE LIJEČNIKA

_____

MJESTO I DATUM LIJEČNIK

_____ _____