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 POMOĆ U KUĆI

Osobe zainteresirane za uslugu pomoći u kući trebaju priložiti slijedeću dokumentaciju:

1. ZAHTJEV ZA POMOĆ U KUĆI (u prilogu obrazac)

2. LIJEČNIČKA POTVRDA (u prilogu obrazac)

3. OSOBNA ISKAZNICA (preslika)

4. ODREZAK OD MIROVINE (preslika)

5. NOVIJA I VAŽNIJA ZDRAVSTVENA DOKUMENTACIJA (preslika)

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

Ravnateljica :
Darija Nikolić mag.soc .rada

ZAHTJEV ZA POMOĆ U KUĆI

Pomoć u kući

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

IME I PREZIME (IME RODITELJA)_____

BR. OSOBNE ISKAZNICE_____OIB_____

DATUM ROĐENJA_____

ADRESA STANOVANJA_____

TELEFON_____

ŠKOLSKA SPREMA_____RANIJE ZANIMANJE_____

1. PRIHODI (UKUPAN IZNOS)_____

2. STAMBENI STATUS: a) vlasnik stana
b) najmoprimac
c) kod djece/rodbine
d) drugo_____

UVIJETI STANOVANJA: a) dobri b) osrednji c) loši

3. BRAČNO STANJE (ime i prezime supružnika)_____

4. BROJ ČLANOVA DOMAĆINSTVA_____

5. PRIHODI ČLANOVA DOMAĆINSTVA_____

6. ODNOSI SA OBITELJI: a) dobri b) poremećeni

7. ADRESE I BROJEVI TELEFONA NAJBLIŽIH ČLANOVA OBITELJI ILI DRUGE OSOBE ZA KONTAKT_____

_____

8. ZDRAVSTVENA USTANOVA I NADLEŽNI LIJEČNIK_____

_____

9. VRSTA PREHRANE: a) normalna

b) žučna

c) dijabetička

10. TKO VAM JE PRUŽAO POMOĆ DO SADA I NA KOJI NAČIN?_____

_____
_____

11. IMATE LI POTPISAN UGOVOR O DOŽIVOTNOM UZDRŽAVANJU:

a) da_____ b) ne

12. IMATE LI UPUTNICU CENTRA ZA SOCIJALNU SKRB O ODOBRAVANJU DOPLATKA POMOĆI U KUĆI

a) da b) ne

13. JESTE LI PREDALI ZAMOLBU ZA SMJEŠTAJ U DOM, GDJE I KADA):_____

_____
_____

UZ ZAHTJEV POTREBNO JE PRILOŽITI SLIJEDEĆI DOKUMENTACIJU:

- preslika osobne iskaznice
- preslika zadnjeg odreska od mirovine
- liječnička potvrda (obrazac u nastavku)
- preslika važnije zdravstvene dokumentacije

U Iloku, _____

VLASTORUČNI POTPIS

_____

LIJEČNIČKA POTVRDA ZA USLUGE POMOĆI U KUĆI
DOMA ZA STARIJE I NEMOĆNE OSOBE ILOK

IME I PREZIME_____

ADRESA STANOVANJA_____

DATUM I MJESTO ROĐENJA_____

ZDRAVSTVENA ANAMNEZA

1. DIJAGNOZE_____

_____

2. RANIJE BOLESTI_____

_____

UKOLIKO POSJEDUJETE, OBAVEZNO PRILOŽITI ZADNJE NALAZE NE STARIJE OD 6 MJESECI OD: INTERNISTE, NEUROLOGA, PRIHIJATRA I DR.

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 (uz invalidska kolica) d)nepokretan/na

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

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

7. DIJETALNA PREHRANA a) nije potrebna b) potrebna je_____

8. **DOSADAŠNJA TERAPIJA** _____

_____

9. BOLUJE OD:
a) duševnih bolesti
b) alkoholizma ili drugih ovisnosti
c) zaraznih bolesti

10. POSEBNO MIŠLJENJE LIJEČNIKA:

_____

MJESTO I DATUM LIJEČNIK

_____ _____