**DOM ZA ODRASLE OSOBE SV. FRANE ZADAR**

**Fra Donata Fabijanića 6, Zadar**

**e-mail:** dom.sv.frane@gmail.com

**ZAHTJEV ZA SKLAPANJE UGOVORA ZA PRUŽANJE USLUGE ORGANIZIRANJA PREHRANE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ime (ime oca/majke) i prezime**  (budući korisnik) |  |
| **OIB** |  |
| **Datum, mjesto i država rođenja** |  |
| **Državljanstvo** |  |
| **Spol** | a) muško b) žensko |
| **Adresa stanovanja**  **(prebivalište/boravište)** |  |
| **Telefon, mobitel** |  |
| **Novčana primanja i iznos** | 1. tuzemna mirovina\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2. inozemna mirovina\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 3. tuzemna i inozemna mirovina **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Tip kućanstva** | 1. samačko 2. dvočlano kućanstvo starijih osoba (65+) 3. višečlano kućanstvo starijih osoba 4. višegeracijsko kućanstvo |
| **Funkcionalna očuvanost osobe ( pokretnost )** | 1. pokretan b) polupokretan 2. nepokretan d) kreće se uz pomagalo |
| **Zdravstevno stanje (dijagnoza)** |  |
| **Nadležni liječnik** | Ime i prezime: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Naziv zdravstvene ustanove: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Osoba za kontakt** | Ime i prezime: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Adresa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Broj telefona: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Srodstvo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Datum početka pružanja usluge** |  |
| **Datum završetka pružanja usluge** |  |
| **Primjedbe** | Vrsta prehrane   1. normalna b) dijetna |
| **Potpisnik ugovora**  **Obveznik plaćanja** | Ime i prezime:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  OIB:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Adresa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Potpisom ovog dokumenta, pod punom odgovornošću potvrđujem da su svi podaci istiniti i vjerodostojni.

Mjesto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ POTPIS:

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zahtjevu je potrebno priložiti:

1. Preslika osobne iskaznice

3. Zadnji odrezak mirovine ili drugih novčanih primanja

4. Potvrda nadležnog suda o (ne)sklapanju ugovora o doživotnom ili dosmrtnom uzdržavanju

5. Liječnička svjedožba