

ZAHTJEV

ZA ORGANIZIRANU PREHRANU IZ DOMA ZA STARIJE OSOBE

DUBRAVA

1. IME I PREZIME (i djev.)
2. IME OCA I MAJKE (i djev.)
3. ADRESA
4. BR. TELEFONA
5. OIB BR. OSOBNE ISKAZNICE
6. DATUM I MJESTO ROĐENJA
7. DRŽAVLJANSTVO
8. STRUČNA SPREMA
9. RANIJE ZANIMANJE
10. IZNOS MIROVINE VRSTA MIROVINE.....
11. DRUGI PRIHODI
12. BRAČNO STANJE
 - a) samac
 - b) oženjen/udata (ime i prezime supružnika
 - c) udovac/udovica (od koje godine
 - d) razveden/razvedena
 - e) izvanbračna zajednica (ime i prezime izvanbračnog partnera
13. BROJ DJECEGDJE ŽIVE.....
14. ODNOSI S OBITELJI
 - a) dobri – često me obilaze
 - b) dobri – zauzeti su, rijetko se viđamo
 - c) poremećeni
 - d) nemam bližih članova obitelji
15. OSOBE KOJE SE SKRBE O PODNOSIOCU ZAHTJEVA (IME i PREZIME, ADRESA, SRODSTVO)
.....
.....
.....
.....
16. STAMBENI STATUS
 - a) podstanar
 - b) stanar
 - c) sustanar
 - d) vlasnik
 - e) suvlasnik
 - f)
17. VELIČINA STANA – KUĆE
 - a) garsonijera
 - b) jednosobni
 - c) dvosobni
 - d)

18. STAMBENE PRILIKE

| | | |
|------------------|----|----|
| Voda | DA | NE |
| WC | DA | NE |
| Kupaonica | DA | NE |
| Grijanje | | |
| Kat Dizalo | DA | NE |

19. ČLANOVI KUĆANSTVA (i njihovi prihodi)

.....
.....

20. KAKO NABAVLJATE NAMIRNICE TE PRIPREMATE OBROKE

a) sam/a
b) uz pomoć (čiju)

21. ZDRAVSTVENO STANJE

| Pokretan | Pokretan uz pomagalo | Nepokretan |
|-------------------------------------|----------------------|------------|
| a) Oštećenje sluha | | |
| b) Oštećenje vida | | |
| c) Kronične bolesti | | |
| d) Orijentiran u prostoru i vremenu | DA | NE |

22. ZDRAVSTVENA USTANOVA I NADLEŽNI LIJEČNIK (ime, adresa, broj telefona)

.....
.....

23. JE LI VAM POTREBNA DIJETALNA PREHRANA

| | | |
|----|----------------|----|
| DA | a) dijabetička | NE |
| | b) žučna | |

Napomena: uz Zahtjev obavezno priložiti kopiju osobne iskaznice, zadnji odrezak od mirovine te medicinsku dokumentaciju iz koje je vidljivo zdravstveno stanje.

VLASTORUČNI POTPIS

U Zagrebu,