

Dom za starije osobe Sveti Josip Zagreb  
Cjelodnevni boravak – Bolnička 1  
Tel: 01 3480 240; fax: 01 3480 241  
e-mail: uprava@domsvjosip.hr

**ZAHTJEV ZA SMJEŠTAJ U DOM  
ZA STARIJE OSOBE SVETI JOSIP ZAGREB  
USLUGA CJELODNEVNOG BORAVKA**

**Klasa:**  
**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 (nije obavezno) \_\_\_\_\_

10. Broj djece (nije obavezno) \_\_\_\_\_

11. Broj članova domaćinstva (nije obavezno): \_\_\_\_\_

12. Adresa i br. 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 mirovina

d) obiteljska mirovina

iznos mirovine: \_\_\_\_\_

16. Tko je obveznik plaćanja razlike smještaja: \_\_\_\_\_

17. Adresa i telefon obveznika plaćanja: \_\_\_\_\_

18. Skrbništvo:

a) da, broj rješenja o skrbništvu i ime skrbnika \_\_\_\_\_

b) ne

**19. Zdravstveno stanje:**

a) pokretan      b) pokretan uz pomagalo      c) nepokretan

d) slabovidnost/sljepoća      e) naglušnost / gluhoća

f) kronične bolesti \_\_\_\_\_

**20. Razlozi smještaja** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**20. Nekoliko riječi o sebi:**

**Mjesto i datum:**

\_\_\_\_\_

**Potpis:**

\_\_\_\_\_