



Bjelovarsko-križevačke biskupije

Trg Eugena Kvaternika 5, HR – 43000 Bjelovar • MB: 2778076 • OIB: 29662286761 • IBAN: HR22 2360 0001 1022 17473

*Caritasova kuća za starije i nemoćne osobe  
»Sv. Kamilu de Lellis«*

*Kolodvorska 123, 10340 Vrbovec • tel. +385 (0)1 2793 401 • +385 (0)1 2793 402  
fax. +385 (0)1 2793 400 • info@dom-kamilu.hr • sorsolic@caritas-bkb.hr*

## **DOKUMENTACIJA**

### **POTREBNA ZA SMJEŠTAJ**

**U CARITASOVU KUĆU ZA STARIJE I NEMOĆNE OSOBE**

**„SV. KAMILO DE LELLIS“**

**KOLODVORSKA ULICA 123, 10 340 VRBOVEC**

- 1. ZAMOLBA ZA SMJEŠTAJ**
- 2. PRESLIKA RODNOG LISTA**
- 3. PRESLIKA DOMOVNICE**
- 4. DOKAZ O TRAJNOM NASTANJENJU - UVJERENJE O PREBIVALIŠTU**
- 5. PRESLIKA VAŽEĆE OSOBNE ISKAZNICE**
- 6. PRESLIKA VAŽEĆE ZDRAVSTVENE ISKAZNICE TE VAŽEĆE ISKAZNICE DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA**
- 7. LIJEČNIČKA POTVRDA ZA SMJEŠTAJ**
- 8. PRESLIKA VAŽNIJE MEDICINSKE DOKUMENTACIJE**
- 9. NALAZ SPECIJALISTA PSIHIJATRA (ukoliko se pokaže potrebnim)**
- 10. DOKAZ O MIROVINSKIM PRIMANJIMA**
- 11. PRESLIKA RJEŠENJA O SKRBNIŠTVU (za osobe stavljene pod skrbništvo)**
- 12. IZJAVA O PLAĆANJU TROŠKOVA SMJEŠTAJA OD STRANE OBVEZNIKA PLAĆANJA OVJERENA KOD JAVNOG BILJEŽNIKA (donijeti kod potpisivanja ugovora)**
- 13. POTVRDA O NEKAŽNJAVANJU (ukoliko se pokaže potrebnom)**

**KONTAKT:**

**01/ 2793 - 401**

**01/ 2793 – 402**

**01/ 2793 – 403**

**Fax: 01/ 2793 – 400**

**Socijalna služba:**

**099/ 592 -8409**

**099/ 437-2815**

**e- mail: [info@dom-kamilu.hr](mailto:info@dom-kamilu.hr)**

**[www.dom-kamilu.hr](http://www.dom-kamilu.hr)**

## ZAMOLBA ZA SMJEŠTAJ

<b>1. OPĆI PODACI O OSOBI</b>	
<b>1.1. IME I PREZIME:</b>	
<b>1.2. DJEVOJAČKO PREZIME:</b>	
<b>1.3. IME OCA i MAJKE (djevojačko):</b>	
<b>1.4. DATUM ROĐENJA:</b>	
<b>1.5. MJESTO ROĐENJA:</b>	
<b>1.6. BROJ OSOBNE ISKAZNICE I MJESTO IZDAVANJA:</b>	
<b>1.7. DRŽAVLJANSTVO:</b>	
<b>1.8. OIB:</b>	<input type="text"/>
<b>1.9. ADRESA:</b>	
<b>1.10. POŠTANSKI BROJ i GRAD:</b>	
<b>1.11. ŽUPANIJA:</b>	
<b>1.12. TELEFON/MOBITEL:</b>	
<b>1.13. BRAČNO STANJE:</b>	
<b>1.14. IME I PREZIME SUPRUŽNIKA:</b>	
<b>1.15. BROJ DJECE:</b>	
<b>1.16. ODNOSI S OBITELJI:</b>	a) DOBRI    b) NARUŠENI
<b>1.17. ČLANOVI DOMAĆINSTVA:</b>	
<b>1.18. RANIJE ZANIMANJE:</b>	
<b>1.19. ŠKOLSKA SPREMA:</b>	
<b>1.20. VRSTA MIROVINE:</b>	a) starosna b) invalidska c) obiteljska d) inozemna
<b>1.21. IZNOS MIROVINE:</b>	
<b>2. PODACI O OBVEZNIKU PLAĆANJA</b>	
<b>2.1. IME I PREZIME:</b>	
<b>2.2. ADRESA:</b>	
<b>2.3. POŠTANSKI BROJ I GRAD:</b>	
<b>2.4. DATUM ROĐENJA:</b>	
<b>2.5. OIB:</b>	<input type="text"/>
<b>2.6. TELEFON/MOBITEL:</b>	
<b>2.7. SRODSTVO:</b>	
<b>3. PODACI O SKRBNIKU (za osobe koje su stavljene pod skrbništvo)</b>	
<b>3.1. IME I PREZIME:</b>	
<b>3.2. ADRESA:</b>	
<b>3.3. SRODSTVO:</b>	

<b>3.4. RJEŠENJE CENTRA ZA SOCIJALNU SKRB O SKRBNišTVU</b>	
<b>3.5. KLASA:</b>	
<b>3.6. URBROJ:</b>	
<b>3.7. DATUM:</b>	
<b>4. OSTALO</b>	
<b>4.1. VRSTA SMJEŠTAJA:</b>	a) Stambena jedinica b) Odjel za pojačanu njegu c) Stambena jedinica za pojačanu njegu d) Stambena jedinica stacionarnog tipa
<b>4.2. VRSTA SMJEŠTAJA:</b>	a) Jednokrevetna soba b) Dvokrevetna soba c) Trokrevetna soba d) Četverokrevetna soba
<b>4.3. RAZLOG SMJEŠTAJA:</b>	
<b>4.4. BROJ TELEFONA KONTAKT OSOBE:</b>	
<b>4.5. TROŠKOVE POGREBA PODMIRUJE</b>	
<b>4.6. IME I PREZIME:</b>	
<b>4.7. ADRESA:</b>	
<b>4.8. GRAD i POŠTANSKI BROJ:</b>	
<b>4.9. TELEFON/MOBITEL:</b>	

U \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Potpis: \_\_\_\_\_

Potrebna dokumentacija:

1. ZAMOLBA ZA SMJEŠTAJ
2. PRESLIKA RODNOG LISTA
3. PRESLIKA DOMOVNICE
4. DOKAZ O TRAJNOM NASTANJENJU - UVJERENJE O PREBIVALIŠTU
5. PRESLIKA VAŽEĆE OSOBNE ISKAZNICE
6. PRESLIKA VAŽEĆE ZDRAVSTVENE ISKAZNICE TE VAŽEĆE ISKAZNICE DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA
7. LIJEČNIČKA POTVRDA ZA SMJEŠTAJ
8. PRESLIKA VAŽNIJE MEDICINSKE DOKUMENTACIJE
9. NALAZ SPECIJALISTA PSIHIJATRA (ukoliko se pokaže potrebnim)
10. DOKAZ O MIROVINSKIM PRIMANJIMA
11. PRESLIKA RJEŠENJA O SKRBNišTVU (za osobe stavljene pod skrbništvo)
12. IZJAVA O PLAĆANJU TROŠKOVA SMJEŠTAJA OD STRANE OBVEZNIKA PLAĆANJA OVJERENA KOD JAVNOG BILJEŽNIKA
13. POTVRDA O NEKAŽNJAVANJU (ukoliko se pokaže potrebnom)

**Molimo Vas da OBAVEZNO popunite sve tražene podatke, a nakon zaprimljene cjelokupne dokumentacije, zamolbe obrađuje Komisija za prijem i otpust korisnika u najkraćem mogućem roku.**



Bjelovarsko-križevačke biskupije

Trg Eugena Kvaternika 5, HR – 43000 Bjelovar • MB: 2778076 • OIB: 29662286761 • IBAN: HR22 2360 0001 1022 17473

*Caritasova kuća za starije i nemoćne osobe  
»Sv. Kamilo de Lellis«*

Kolodvorska 123, 10340 Vrbovec • tel. +385 (0)1 2793 401 • +385 (0)1 2793 402  
fax. +385 (0)1 2793 400 • info@dom-kamilo.hr • sorsolic@caritas-bkb.hr

Stranica 1 od 2

## LIJEČNIČKA POTVRDA ZA SMJEŠTAJ

U CARITASOVU KUĆU ZA STARIJE I NEMOĆNE OSOBE  
„Sv. Kamilo de Lellis“

<b>IME I PREZIME:</b>
<b>DATUM ROĐENJA:</b>
<b>OIB:</b> <input type="text"/>
<b>ADRESA:</b>
<b>PODACI O ZDRAVSTVENOM STANJU</b>
1. <b>DIJAGNOZE:</b> _____
2. <b>PSIHIČKO OBOLJENJE:</b> a) POSTOJI, ako da koje _____ b) NE POSTOJI
3. <b>ZARAZNO OBOLJENJE:</b> a) POSTOJI, ako da koje _____ b) NE POSTOJI
4. <b>DA LI JE OSOBA LIJEČENA OD ALKOHOLA:</b> a) DA b) NE
5. <b>DA LI JE OSOBA LIJEČENA OD TBC-a:</b> a) DA b) NE
6. <b>DA LI JE OSOBA LIJEČENA OD HEPATITISA:</b> a) DA b) NE
7. <b>ALERGIJA NA LIJEKOVE I OSTALE ALERGENE:</b> a) POSTOJI, ako da na koje _____ b) NE POSTOJI
8. <b>OPERATIVNI ZAHVATI TIJEKOM ŽIVOTA:</b>
9. <b>SADAŠNJA TERAPIJA:</b>
10. <b>POKRETLJIVOST:</b> a) POTPUNA b) DJELOMIČNA c) NEPOKRETN d) POMAGALO (navesti koje) _____
11. <b>KONTINENTNOST:</b> a) KONTINENTAN/NA b) INKONTINENTAN/NA
12. <b>PSIHIČKO STANJE (orijentacija u prostoru i vremenu):</b> a) ORIJENTIRAN/A b) DJELOMIČNO ORIJENTIRAN/A c) NEORIJENTIRAN/A
13. <b>POMOĆ I NJEGA DRUGE OSOBE:</b> a) NIJE POTREBNA b) DJELOMIČNO POTREBNA (kakva): _____ c) POTREBNA U CIJELOSTI
14. <b>MEDICINSKA POMOĆ:</b> a) NIJE POTREBNA b) POTREBNA JE (navesti kakva): _____
15. <b>DIJETNA PREHRANA:</b> a) NIJE POTREBNA b) POTREBNA JE (navesti kakva) _____

NAPOMENE:
16. IME I PREZIME LIJEČNIKA:
17. ADRESA:
18. TELEFON/MOBITEL:

*Potpis i faksimil liječnika:* \_\_\_\_\_

*U* \_\_\_\_\_, *Datum:* \_\_\_\_\_.

