

**CENTAR ZA PRUŽANJE USLUGA
U ZAJEDNICI VARAŽDIN
Varaždin, Graberje 33**

**ZAMOLBA ZA POLUDNEVNI BORAVAK ZA ODRASLE OSOBE S
TJELESNIM OŠTEĆENJEM**

Usluga je namijenjena odraslim osobama s tjelesnim oštećenjem od 21.g. života

**1. OPĆI PODACI O ZAHTEJUVU ZA POLUDNEVNI BORAVAK U CENTRU ZA
PRUŽANJE USLUGA U ZAJEDNICI VARAŽDIN**

Popunjava korisnik ili roditelj

IME I PREZIME KORISNIKA: _____

DATUM I MJESTO ROĐENJA KORISNIKA: _____

OIB KORISNIKA: _____

ADRESA KORISNIKA: _____

ŠKOLSKA SPREMA/ ZVANJE: _____

BROJ OSOBNE ISKAZNICE, MJESTO IZDAVANJA: _____

IME I PREZIME OCA/MAJKE: _____

ADRESA RODITELJA: _____

OIB OCA/MAJKE: _____

KONTAKT PODACI RODITELJA (telefon, mobitel, e-mail-adresa):

ŠKOLSKA SPREMA/ZVANJE _____

2. PODACI O SKRBNIKU (za osobe stavljene pod skrbništvo - lišene poslovne sposobnosti)

Molimo priložiti presliku rješenja o skrbništvu!

IME I PREZIME SKRBNIKA: _____

ADRESA PREBIVALIŠTA, GRAD, POŠTA, OPĆINA: _____

KONTAKT PODACI SKRBNIKA (telefon, mobitel, e-mail-adresa):

SROSTVO SKRBNIKA I OIB SKRBNIKA:

3. ZDRAVSTVENO STANJE (medicinska dokumentacija/ stupanj i težina oštećenja)

DIJAGNOZA: _____

| | OPIS TEŠKOĆE | DA | NE | DJELOMIČNO - opisati |
|--|--|----|----|----------------------|
| | Tjelesno oštećenje (npr. samostalan, ovisan o TP, djelomično ovisan) | | | |
| | Lakše ili umjerene intelektualne teškoće | | | |
| | Teže ili teške intelektualne teškoće | | | |
| | Oštećenje vida | | | |
| | Oštećenje sluha | | | |
| | Komunikacijske i govorno-jezične teškoće | | | |
| | Poremećaj iz autističnog spektra | | | |

VRSTA POMAGALA: _____

MEDIKAMENTOZNA TERAPIJA (kakva terapija, doza, koliko puta, u koje vrijeme):

Molimo priložite Rješenje Prvostupanjskog tijela vještačenja, te potrebnu medicinsku dokumentaciju, specijalističke nalaze!

OSTALO (navesti VAŽNE stvari):

4. OSTALI PODACI O KORISNIKU USLUGA

RAZLOZI ZA POTREBOM ZA USLUGOM BORAVKA: _____

PRAVA KOJA OSTVARUJETE (osobna invalidnina, dječji doplatak, doplatak za pomoć i njegu, mirovina, osobni asistent, druge naknade i prava – koje) :

NAPIŠITE NEKOLIKO RIJEČI O SEBI: _____

IZJAVA

Kao podnositelj/ica zahtjeva za uključivanje u uslugu izjavljujem:

1.da su svi podaci koje sam naveo/la u zahtjevu istiniti, točni i potpuni;

2.da za svoju izjavu preuzimam svu materijalnu i kaznenu odgovornost.

i suglasan/na sam da se:

1.informacije koje sam pružio/la koriste u postupku rješavanja mogega zahtjeva, te ovlašćujem Centar za pružanje usluga u zajednici Varaždin da iste ima pravo provjeravati, obrađivati, čuvati i koristiti i za druge svrhe u djelokrugu rada Centra, te prema potrebi pružati i drugim državnim tijelima u skladu sa Zakonom.

2. potpisivanjem ove prijavnice suglasan/na sam s odricanjem od odgovornosti Centra za pružanje usluga u zajednici Varaždin i radnika zaposlenih u Centru -Poludnevni boravak za odrasle osobe s tjelesnim oštećenjem za bilo kakvu nastalu štetu prilikom pružanja socijalne usluge/programa.

3.suglasan/suglasna sam da se moji osobni podaci prikupljeni za ostvarivanje prava na boravak obrađuju i čuvaju samo u svrhu za koju su prikupljeni kao i razvoj socijalnih usluga općenito, a sukladno odredbama Uredbe (EU) 2016/679 Europskog parlamenta i Vijeća od 27.04.2016. godine i Zakonu o provedbi Opće uredbe o zaštiti podataka (NN 42/2018).

4.svojim potpisom se obavezujem svaku promjenu podataka javiti u Centar za pružanje usluga u zajednici Varaždin, Graberje 33.

U _____, dana _____

Vlastoručni potpis podnositelja zahtjeva:
