



**HRVATSKI CRVENI KRIŽ**  
GRADSKO DRUŠTVO CRVENOG KRIŽA  
ZAGREB

## ZAHTJEV ZA PRUŽANJE USLUGE POMOĆI U KUĆI

1.	OBLIK USLUGE	a) Organiziranje prehrane: - priprema ili nabava gotovih obroka - dostava gotovih obroka b) Obavljanje kućnih poslova c) Održavanje osobne higijene
2.	IMEI PREZIME	
	OIB	
	SPOL	a) muško      b) žensko
3.	IME OCA I MAJKE	
4.	DATUM ROĐENJA	
	MJESTO ROĐENJA	
5.	ADRESA STANOVANJA	
	GRADSKA ČETVRT	
	BROJ TELEFONA, MOBITELA	
5.	BROJ OSOBNE ISKAZNICE	
	MJESTO IZDAVANJA	
6.	STRUČNA SPREMA	
	RANIJE ZANIMANJE	
	VLASTITI MJESEČNI PRIHOD (ukupan iznos)	

7.	STAMBENI STATUS	a) vlasnik stana/kuće b) najmoprimac c) zaštićeni najmoprimac d) živim kod djece/rodbine e) podstanar f) nešto drugo (navesti što)	
8.	UVJETI STANOVANJA	a) dobri b) zadovoljavajući (osrednji) c) loši d) posebne napomene	
9.	TIP KUĆANSTVA	a) samac b) dvočlano kućanstvo starijih osoba (65+) c) višečlano kućanstvo starijih osoba d) višečlano kućanstvo starijih osoba	
	BROJ ČLANOVA KUĆANSTVA		
	UKUPNI PRIHODI ČLANOVA KUĆANSTVA		
10.	BRAČNO STANJE	a) u braku b) izvanbračna zajednica c) udovac/udovica d) razveden/razvedena e) neoženjen/neudana	
11.	ODNOSI U OBITELJI	a) dobri b) poremećeni	
12.	PODACI O KONTAKT OSOBI	Ime i prezime	
		Prebivalište/ boravište	
		Broj telefona	
		e-mail adresa	
		Srodstvo	

13.	PODACI O OBITELJSKOM LIJEČNIKU	Ime i prezime	
		Broj telefona	
		Naziv i adresa ustanove u kojoj ordinira	
14.	ZDRAVSTVENO STANJE	a) dobro b) zadovoljavajuće c) loše	
	FUNKCIONALNA OČUVANOST	a) pokretan b) polupokretan c) nepokretan	
	PSIHIČKE BOLESTI	a) da (navesti vrstu bolesti) ..... ..... b) ne	
	ZARAZNE BOLESTI	a) da (navesti vrstu bolesti) ..... ..... b) ne	
	KONTINENTNOST	a) kontinentan b) inkontinentan	
	OSJETILA	a) vid: - dobar - loš b) sluh: - dobar - loš	
	ORJENTIRANOST U PROSTORU I VREMENU	a) orijentiran b) djelomično orijentiran c) dezorijentiran	
15.	VRSTA PREHRANE	a) normalna b) žučna c) dijabetička	

16.	POTREBNA ŽURNA USLUGA	a) da b) ne
17.	OSNOV ZA OSTVARIVANJE PRAVA	Ugovor između korisnika i GDCK Zagreb – korisnik sam plaća

Suglasan/suglasna sam da se moji osobni podaci prikupljeni za ostvarivanja prava na pomoć u kući obrađuju i čuvaju samo u svrhu za koju su prikupljeni kao i za razvoj socijalnih usluga općenito, a sukladno Zakonu o provedbi Opće uredbe o zaštiti podataka NN 42/18.

U Zagrebu .....

Potpis

.....

**Uz Zahtjev priložiti (obavezno) i:**

- 1. Preslika osobne iskaznice**
- 2. Preslika zadnjeg odreska od mirovine**
- 3. Potvrda liječnika o zdravstvenom stanju (da li boluje od zaraznih i psihičkih bolesti)**

Ispunjeni obrazac molimo poslati na adresu: Gradsko društvo Crvenog križa Zagreb, Ilica 223, 10000 Zagreb ili na e mail adresu: [pomocukuci@ckzg.hr](mailto:pomocukuci@ckzg.hr)