

ZAHTJEV ZA ORGANIZIRANU PREHRANU U DOMA ZA STARIJE OSOBE TISNO

1. IME I PREZIME _____

2. OIB KORISNIKA USLUGE _____

3. ADRESA STANOVANJA I BROJ TELEFONA

4. ZVANJE/RANIJE ZANIMANJE/STATUS _____

5. VRSTA MIROVINE I IZNOS _____

6. DRUGI PRIHODI _____

7. BRAČNO STANJE/IME SUPRUŽNIKA _____

8. BROJ DJECE _____ ČLANOVI DOMAĆINSTVA _____

9. STAMBENI STATUS:

a) podstanar	d) vlasnik
b) stanar	e) suvlasnik
c) sustanar	f) _____

10. VELIČINA STANA/KUĆE:

a) garsonijera	c) dvosobni
b) jednosobni	d) _____

11. TIP KUĆANSTVA:

- a) samac
- b) dvočlano kućanstvo starijih osoba (65+)
- c) višečlano kućanstvo starijih osoba
- d) višegeneracijsko kućanstvo

12. ODNOSI U OBITELJI:

- a) dobri – često me obilaze
- b) dobri – zauzeti su, rijetko se viđamo
- c) poremećeni odnosi
- d) nemam djece niti bliže rodbine

**13. ADRESE I BROJEVI TELEFONA DJECE ILI OSOBA KOJE SKRBE/BRINU O PODNOSIOCU
ZAHTJEVA**

14. ZDRAVSTVENO STANJE: a) pokretan

b) pokretan uz pomagalo

c) nepokretan

d) vid _____

e) sluh _____

f) kronične bolesti _____

g) orijentiran u prostoru i vremenu DA NE

15. DA LI JE POTREBNA DIJETALNA PREHRANA: a) DA _____

b) NE

UZ ZAHTJEV OBAVEZNO PRILOŽITI PRESLIKU ZDRAVSTVENE DOKUMENTACIJE

Mjesto i datum:

Podnositelj zahtjeva:
