**ZAGREBAČKA ŽUPANIJA**

Upravni odjel za zdravstvo i socijalnu skrb

**OBRAZAC PRIJAVE - NACRT**

**za sufinanciranje socijalne usluge smještaja korisnika u ustanovi socijalne skrbi,**

 **na području Zagrebačke županije u 2019. godini**

|  |  |
| --- | --- |
| **I.**  | **PODACI O PODNOSITELJU PRIJAVE** |
| 1. | Naziv ustanove |  |
| 2. | Sjedište i adresa ustanove |  |
| 3. | Matični broj  |  |
| 4. | OIB |  |
| 5. | Datum početka rada ustanove |  |
| 5. | Ovlaštena osoba za zastupanje - ravnatelj(ime i prezime) |  |
| 5.a. | Telefon/mobitelTelefakse-mail |  |
| 6. | Osoba za kontakt(ime i prezime) |  |
| 6.a. | Telefon/mobitelTelefakse-mail |  |
| 8. | Poslovna banka ustanove |  |
| 9.  | IBAN žiro-račun |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **II.**  | **PODACI O POSEBNIM UVJETIMA PROSTORA, OPREME I RADNIKA** |
| 1. | Navesti uvjete **PROSTORA** kojima raspolaže ustanova, a odnose se na čl. 185. Pravilnika o minimalnim uvjetima za pružanje socijalnih usluga “NN, broj 40/14 i 66/15 – u nastavku: Pravilnik)***- posebni uvjeti prostora za pružanje usluga oboljelim od Alzheimerove demencije i drugih demencija*** ***(srednji/srednje teški stadij bolesti)*** |  |
| 2. | Navesti uvjete **OPREME** kojom raspolaže ustanova, a odnose se na čl. 191. Pravilnika ***- posebni uvjeti opreme za osobe oboljele od Alzheimerove demencije i drugih demencija*** ***(srednji/srednje teški stadij bolesti)*** |  |
| 3. | Navesti broj i kadrovsku strukturu **RADNIKA**/**IZVRŠITELJA** zaposlenih u ustanovi, vezano uz čl. 194. Pravilnika * **podrazumijeva sve zaposlene radnike/izvršitelje u ustanovi**

*(npr. socijalni radnik – 2 izvršitelja; terapeut – 3 izvršitelja; medicinska sestra/tehn. – 10 izvršitelja; fizioterapeut – 4 izvršitelja)* |  |
| 4. | Navesti **OSTALE PODATKE** koji se odnose na pružanje usluga u ustanovi, a koji su npr. iznad standarda (ukoliko postoje)*Ako ostalih podatka nema, ostaviti rubriku praznu.* |  |
| **III.**  | **KAPACITET USTANOVE** |
| 1. | Ukupni smještajni kapacitet ustanove (broj postelja) |  |
| 2. | Broj trenutno smještenih korisnika |  |
|  | Broj postelja | Broj trenutno smještenih korisnika |
| 3. | Broj pokretnih korisnika (1.stupanj usluge) |  |  |
| 4. | Broj polupokretnih korisnika (2. stupanj usluge) |  |  |
| 5. | Broj funkcionalno ovisnih korisnika uz pomoć druge osobe u punom opsegu (3. stupanj usluge) |  |  |
| 6. | Broj funkcionalno ovisnih korisnika uz pomoć i nadzor druge osobe u punom opsegu – Alzheimerove i druge demencije (4. stupanj usluge) |  |  |
| 6.a. | Broj trenutno smještenih korisnika koji spadaju u ciljanu skupinu korisnika po Javnom pozivu *(palijativnih bolesnika i osoba oboljenih od Alzheimerove i druge demencije, a koji su u sustavu socijalne skrbi)* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **IV.**  | **CIJENA USLUGE***(navesti cijenu usluge na mjesečnoj razini)* |
|  | Stupanj usluge | Cijena usluge (kn) |
| 1. | 1. stupanj usluge |  |
| 2. | 2. stupanj usluge |  |
| 3. | 3. stupanj usluge |  |
| 4. | 4. stupanj usluge |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **V.**  | **DOKUMENTACIJA KOJA SE PRILAŽE UZ PRIJAVU** |
| 1. | * potpisan, ovjeren i cjelovito popunjen **obrazac Prijave** za podnošenje zahtjeva za sufinanciranje socijalne usluge smještaja korisnika;
* presliku izvatka iz sudskog registra Trgovačkog suda u Zagrebu, ne stariju od 6 mjeseci;
* rješenje nadležnog tijela o ispunjavanju minimalnih uvjeta za pružanje socijalnih usluga;
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **VI.**  | **ODGOVORNA OSOBA PODNOSITELJA PRIJAVE**Odgovorna osoba podnositelja prijave svojim potpisom potvrđuje da je upoznata s uvjetima iz Javnog poziva za sufinanciranje socijalne usluge smještaja korisnika u ustanovi socijalne skrbi,  na području Zagrebačke županije u 2019. godini i da su podaci navedeni u prijavi istiniti. |
| 1. | Ime i prezime  |  |
| 2. | Funkcija |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Mjesto i datum | M.P. | Potpis odgovorne osobe |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |

*Prijava na Javni poziv s priloženom dokumentacijom iz točke V. obrasca treba biti dostavljena u pisanom obliku, u jednom primjerku, u zatvorenoj omotnici na adresu:*

***ZAGREBAČKA ŽUPANIJA
Upravni odjel za zdravstvo i socijalnu skrb
Ulica grada Vukovara 72/V***

***10 000 Zagreb******s naznakom „Prijava za sufinanciranje socijalne usluge smještaja korisnika – NE OTVARAJ“,***

*Prijava se može dostaviti i osobno ili putem dostavljača u Pisarnicu Zagrebačke županije, Zagreb, Ulica grada Vukovara 72, 6. kat.*

*Rok za dostavu prijava je \_\_\_\_\_\_\_ 2019.*