

DOM ZA STARIJE OSOBE GLINA
Trg hrvatskih branitelja 2
44 400 Glina

ZAHTJEV ZA USLUGE ORGANIZIRANE PREHRANE DOMA ZA STARIJE OSOBE GLINA

1. PODNOSITELJ ZAHTJEVA (KORISNIK):

Ime i prezime (za žene i djevojačko prezime): _____

OIB: _____

Datum i mjesto rođenja: _____

Adresa prebivališta: _____

Stručna sprema, zvanje i zanimanje: _____

Bračni status, ime i prezime supruga/e: _____

Osoba živi u kućanstvu s: _____

Napomene i posebni zahtjevi (posebna prehrana i dr.) _____

2. KORISNIK ĆE OBROK PREUZIMATI:

A) samostalno

B) iznimno, u njegovo ime će preuzimati obrok: _____

5. OBVEZNIK PLAĆANJA CIJENE USLUGE PREHRANE:

Ime i prezime, OIB: _____

Adresa prebivališta: _____

Telefon/gsm/fax/ _____

Pod materijalnom i kaznenom odgovornošću izjavljujem da su podatci navedeni u ovom zahtjevu istiniti.

U Glini, dana _____

Potpis podnositelja zahtjeva (korisnika)

UZ ZAHTJEV SE PRILAŽE:

1. preslika osobne iskaznice
2. potvrda o visini mirovine isplaćene u mjesecu prije podnošenja zahtjeva (posljednji odrezak mirovine/potvrda HZMO/potvrda banke)
3. rješenje o skrbništvu (ako postoji)
4. liječnička potvrda na propisanom obrascu
5. komplet od 2 jelonoše