**PODACI O PODNOSITELJU ZAHTJEVA**

Naziv: .........................................................................................................................................

OIB: ............................................................................................................................................

Adresa sjedišta: ..........................................................................................................................

Kontakt broj telefona: .................................................................................................................

Adresa e-pošte: ..........................................................................................................................

Ime i prezime osobe ovlaštene za zastupanje: ..........................................................................

OIB osobe ovlaštene za zastupanje: ..........................................................................................

Adresa osobe ovlaštene za zastupanje: ....................................................................................

 **MEĐIMURSKA ŽUPANIJA**

 **Upravni odjel za zdravstvo i socijalnu skrb**

 R.Boškovića 2

 40000 Ćakovec

**ZAHTJEV**

**za donošenje Rješenja o ispunjavanju mjerila**

**za pružanje usluge osobne asistencije**

Na temelju odredbe članka 43. stavka 2. Zakona o osobnoj asistenciji („Narodne novine“ br. 71/23), dostavljamo zahtjev za donošenje rješenja o ispunjavanju mjerila za pružanje usluge osobne asistencije, kako slijedi:

PRAVNI OBLIK PODNOSITELJA ZAHTJEVA (zaokružiti)

1. ustanova
	1. dom socijalne skrbi
	2. centar za pomoć u kući
2. udruga
3. vjerska zajednica
4. druga pravna osoba (navesti koja): ......................................................................................

Adresa poslovnog prostora za potrebe pružanja socijalne usluge:

....................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................

VRSTA USLUGA OSOBNE ASISTENCIJE *(STAVITI X):*

|  |
| --- |
| **Vrsta usluge** |
| **x** |
| 1. | usluga osobne asistencije osobi s tjelesnim, intelektualnim ili mentalnim oštećenjem (pruža je osobni asistent) |  |
| 2. | usluga osobne asistencije osobi s oštećenjem sluha i gluhoslijepoj osobi (pruža je komunikacijski posrednik) |  |
|  | 2.1. | usluga osobne asistencije osobi s oštećenjem sluha |  |
|  |  | 2.1.1. | pruža je komunikacijski posrednik za gluhe osobe koji pruža komunikacijsku podršku hrvatskim znakovnim jezikom |  |
|  |  | 2.1.2. | pruža je komunikacijski posrednik za gluhe osobe koji pruža komunikacijsku podršku u ostalim sustavima komunikacije |  |
|  | 2.2. | usluga osobne asistencije gluhoslijepoj osobi |  |
|  |  | 2.1.1. | pruža je komunikacijski posrednik za gluhoslijepe osobe koji pruža komunikacijsku podršku hrvatskim znakovnim jezikom |  |
|  |  | 2.1.1. | pruža je komunikacijski posrednik za gluhoslijepe osobe koji pruža komunikacijsku podršku u ostalim sustavima komunikacije |  |
| 3. | usluga osobne asistencije osobi s oštećenjem vida (pruža je videći pratitelj) |  |

PODNOSITELJ ZAHTJEVA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(pečat i potpis osobe ovlaštene za zastupanje)*

**UZ ZAHTJEV OBAVEZNO PRILOŽITI:**

1. **Izvadak iz sudskog ili drugog odgovarajućeg registra za pravni subjekt** – podnositelja zahtjeva (ne stariji od 30 dana od dana podnošenja zahtjeva);
2. **Statut,** ako je primjenjivo;
3. **Pravilnik o unutarnjem redu i sistematizaciji poslova**, ako je primjenjivo;
4. **Prikaz (tlocrt) prostora** za pripremu i vođenje evidencije, čuvanje dokumentacije i arhive te sredstava za rad za potrebe pružanja socijalne usluge;
5. **Dokaz o namjeni prostora** iz točke 4. (uporabna dozvola);
6. **Dokaz o valjanoj pravnoj osnovi korištenja prostora** iz točke 4.(izvadak iz zemljišne knjige ili ugovor o zakupu prostora);
7. **Dokaze o priključenju zgrade na vodoopskrbu i odvodnju** (ukoliko je objekt spojen na sabirnu jamu potrebno je dostaviti dokaz o vodonepropusnosti sabirne jame)
8. **Važeće isprave** o pregledu, ispitivanju i provjeri za prostor iz točke 4.:
	1. o ispravnosti električne instalacije,
	2. o zdravstvenoj ispravnosti vode ako prostor pružatelja nije priključen na javnu vodovodnu mrežu,
	3. o vodonepropusnosti sabirne jame ukoliko objekt nije spojen na javnu kanalizaciju
	4. stručni nalaz dimnjačara,
	5. isprave o nepropusnosti plinskih instalacija, ako je primjenjivo;
9. **Popis zaposlenih radnika** s naznačenim nazivom radnog mjesta, dnevnim radnim vremenom i razinom stručne spreme - ovjeren od odgovorne osobe podnositelja zahtjeva
10. **Dokaz o radnom odnosu radnika iz točke 9.** kod podnositelja zahtjeva (preslike ugovora o radu), za radnike zaposlene u trenutku podnošenja zahtjeva,
11. **Popis potrebnih radnika** (naziv radnog mjesta i potreban broj zaposlenika na pojedinom radnom mjestu) **sukladno planiranom kapacitetu -** ovjeren od odgovorne osobe podnositelja zahtjeva,
12. **Dokaze o zdravstvenoj sposobnosti, stručnoj spremi i obrazovanju** radnika iz točke 9. (svjedodžbe, potvrde i sl.);
13. Ako u trenutku utvrđivanja mjerila nisu zaposleni svi radnici sukladno planiranom kapacitetu potrebno je umjesto dokaza iz točke 9. i 10. dostaviti potpisanu **Izjavu o preuzimanju obveze zapošljavanja radnika** s početkom rada – ovjerenu od strane odgovorne osobe;

Zahtjev s priloženom potrebnom dokumentacijom dostaviti preporučeno poštom na adresu MEĐIMURSKA ŽUPANIJA, Upravni odjel za zdravstvo i socijalnu skrb, R.Boškovića 58, Čakovec, ili u uredovno vrijeme pisarnice te u elektroničkom obliku na e-mail adresu elizabeta.najman-hizman@medjimurska-zupanija.hr

U slučaju potrebe, Upravni odjel za zdravstvo i socijalnu skrb Međimurske županije može zatražiti uvid u izvornik dokumenta i/ili dopunu dokumentacije.