**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: .....................................................................................

**ZADARSKA ŽUPANIJA**

**Upravni odjel za hrvatske branitelje, udruge,**

**demografiju i socijalnu politiku**

**Božidara Petranovića 8**

**23000 Zadar**

**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. 71/2023), 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:

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

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

PLANIRANI BROJ USLUGA OSOBNE ASISTENCIJE *(zaokružiti redni broj ispred odgovarajuće vrste te dopisati planirani broj usluga na mjesečnoj i godišnjoj razini):*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vrsta usluge** | | | | **Planirani broj sati pružene usluge** | |
| **mjesečno** | **godišnje** |
| 1. | usluga osobne asistenciji 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. **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;
8. **Popis potrebnih radnika** sukladno planiranom kapacitetu, ovjeren od odgovorne osobe podnositelja zahtjeva;
9. **Dokaze o radnom odnosu radnika** iz točke 8. kod podnositelja zahtjeva (npr. preslike ugovora o radu);
10. **Dokaze o zdravstvenoj sposobnosti, stručnoj spremi i obrazovanju** radnika iz točke 9. (svjedodžbe, potvrde i sl.);
11. 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;