**Virovitičko-podravska županija**

**Upravni odjel za zdravstvo, branitelje i socijalnu skrb**

**ZAHTJEV ZA UTVRĐIVANJE ISPUNJENOSTI MJERILA ZA PRUŽANJE USLUGE OSOBNE ASISTENCIJE**

**PODNOSITELJ ZAHTJEVA**

naziv i OIB \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sjedište : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

broj telefona i e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ime, prezime i OIB osobe ovlaštene za zastupanje: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podnositelj zahtjeva je registriran kao (zaokružiti):

1. ustanova socijalne skrbi
2. dom socijalne skrbi
3. centar za pomoć u kući
4. udruga, vjerska zajednica ili druga pravna osoba

**PROSTOR** **PRUŽATELJA** **USLUGE OSOBNE ASISTENCIJE (adresa)**

a) u vlasništvu ili suvlasništvu pružatelja usluge osobne asistencije

b) u zakupu pružatelja usluge osobne asistencije

**USLUGE OSOBNE ASISTENCIJE**

a) usluge pruža osobni asistent

b) usluge pruža komunikacijski posrednik

c) usluge pruža videći pratitelj

**KAPACITET USLUGE OSOBNE ASISTENCIJE (broj usluga na godišnjoj razini)**

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

Datum: Potpis podnositelja zahtjeva ili odgovorne osobe:

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

**Prilozi zahtjeva:**

1. Izvadak iz Sudskog registra, Registra udruga ili drugog odgovarajućeg registra

2. Statut, odluka o privremenom ravnatelju ili ravnatelju i rješenje nadležnog ministarstva o usklađenosti akta o osnivanju doma socijalne skrbi

3. Uporabna dozvola i akt nadležnog tijela o namjeni zgrade ili dijela zgrade pružatelja usluge (javna i društvena, poslovna odnosno mješovita u dijelu poslovne namjene)

4. Uporabna dozvola za zgradu ili dio zgrade stambene namjene pružatelja usluge (samo udruge)

5. Dokaz o pravnoj osnovi korištenja zgrade ili dijela zgrade (izvadak iz zemljišne knjige, ugovor o zakupu prostora sklopljen u trajanju od najmanje 3 godine)

6. Dokaz da zgrada ili dio zgrade pružatelja usluge ispunjava minimalne zahtjeve zaštite na radu za mjesta rada prema posebnim propisima (zapisnik o ispitivanju radnog okoliša, plan evakuacije i spašavanja, zaštita od požara i sl.)

7.Tlocrt zgrade ili dijela zgrade u kojem će se pružati usluge

8. Važeće isprave o pregledu, ispitivanju i provjeri ispravnosti:

1. električne instalacije
2. zdravstvene ispravnosti vode (ako pružatelj nije priključen na javnu vodovodnu mrežu) odnosno dokaz da je priključen na javnu vodovodnu mrežu
3. vodonepropusnosti sabirne jame (ukoliko objekt nije spojen na javnu kanalizaciju) odnosno dokaz da je objekt spojen na javnu kanalizaciju
4. plinskih instalacija (ako je primjenjivo) odnosno drugog sustava za grijanje
5. stručni nalaz dimnjačara (ako je primjenjivo)

9. Dokaz o pristupu fiksnoj ili mobilnoj mreži i internetu

10. Izjava ovlaštene osobe pružatelja usluge o obvezi zapošljavanja fizičkih osoba s odgovarajućom kvalifikacijom (samo pružatelji usluge koji nisu ranije pružali uslugu osobne asistencije)

11. Dokaz o zapošljavanju fizičkih osoba kod pružatelja usluge (voditelj usluge osobne asistencije, osobni asistent, komunikacijski posrednik, videći pratitelj) s dokazom o odgovarajućoj kvalifikaciji (samo pružatelji koji trenutno pružaju uslugu osobne asistencije)

12. Dokaz o zdravstvenoj sposobnosti fizičkih osoba zaposlenih kod pružatelja usluge

13. Dokaz da za zaposlene osobe kod pružatelja usluge ne postoje zapreke za rad iz čl. 23. Zakona o osobnoj asistenciji

14. Dokaz o plaćenoj upravnoj pristojbi na zahtjev u iznosu od 2,65 eura i na rješenje u iznosu od 6,64 eura, ako ne postoji osnova za oslobođenje prema važećem Zakonu o upravnim pristojbama.

Upravna pristojba se može se platiti u državnim biljezima koji se dostavljaju uz zahtjev ili dostavom potvrde o uplati na račun Virovitičko-podravske županije IBAN: HR1423600001800010009, MODEL: HR68, POZIV NA BROJ: 5304-OIB uplatitelja