|  |
| --- |
| **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: .....................................................................................

**ISTARSKA ŽUPANIJA**

**Upravni odjel za zdravstvo i socijalnu skrb**

Splitska 14

52100 Pula

**ZAHTJEV**

**za donošenje Rješenja o ispunjavanju mjerila za pružanje socijalnih usluga**

(Zakon o socijalnoj skrbi, NN 18/22, 46/22, 119/22, 71/23, 156/23 i 61/25)

(Pravilnik o mjerilima za pružanje socijalnih usluga, NN 110/22, 58/24)

**PRAVNI OBLIK PODNOSITELJA ZAHTJEVA** (zaokružiti):

1. dom socijalne skrbi
2. centar za pomoć u kući
3. udruga, vjerska zajednica, trgovačko društvo i druga pravna osoba
4. obrtnik

*Ukoliko podnositelj zahtjeva traži utvrđivanje uvjeta za* ***dodatni broj korisnika ili promjenu stupnja usluge/podrške****, odnosno* ***već ima Rješenje*** *o ispunjavanju mjerila za pružanje socijalne usluge, važno je u zahtjevu navesti i sadašnji broj korisnika (ili stupanj usluge/podrške) za koji je utvrđeno ispunjavanje uvjeta, i dodatni broj korisnika (ili stupanj usluge/podrške) za koji se traži utvrđivanje uvjeta ovim zahtjevom.*

**USLUGE** (zaokružiti vrstu usluge te upisati planirani broj usluga/korisnika):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **VRSTA USLUGE** | | | korisnička skupina\* | broj jedinica usluga na godišnjoj razini |
| **1** | **savjetovanje** | |  |  |
| **a** | individualno |  |  |
| **b** | grupno |  |  |
| **2** | **stručna procjena** | |  |  |
| **3** | **psihosocijalno savjetovanje** | |  |  |
| **a** | individualno |  |  |
| **b** | grupno |  |  |
| **4** | **socijalno mentorstvo** | |  |  |
| **5** | **obiteljska medijacija** | |  |  |
| **6** | **psihosocijalni tretman radi prevencije nasilničkog ponašanja** | |  |  |
| **a** | individualno |  |  |
| **b** | grupno |  |  |
| **7** | **psihosocijalna podrška** | |  |  |
| **a** | individualno kod pružatelja usluge |  |  |
| **b** | individualno u obitelji |  |  |
| **c** | grupno kod pružatelja usluge |  |  |
| **d** | grupno u obitelji |  |  |
| **8** | **rana razvojna podrška** | |  |  |
| **a** | u obitelji – za djecu u dobi 0-3 godine |  |  |
| **b** | u obitelji – za djecu u dobi 3-7 godina |  |  |
| **c** | kod pružatelja usluge – za djecu u dobi 0-3 god |  |  |
| **d** | kod pružatelja usluge – za djecu u dobi 3-7 god |  |  |
| **9** | **pomoć pri uključivanju u programe odgoja i redovnog obrazovanja** | |  |  |
| **10** | **pomoć u kući** | |  |  |
| **a** | organiziranje prehrane |  |  |
| **b** | obavljanje kućnih poslova |  |  |
| **c** | održavanje osobne higijene |  |  |
| **d** | zadovoljavanje drugih svakodnevnih potreba |  |  |
| **VRSTA USLUGE** | | | korisnička skupina\* | broj korisnika |
| **11** | **boravak** (*ako se radi o starijima i teško bolesnim odraslim osobama, zaokružiti i stupanj usluge* | | | |
| **a** | **poludnevni** |  |  |
|  | prvi stupanj usluge |  |  |
|  | drugi stupanj usluge |  |  |
| **b** | **cjelodnevni** |  |  |
|  | prvi stupanj usluge |  |  |
|  | drugi stupanj usluge |  |  |
| **12** | **organizirano stanovanje** | |  |  |
| **a** | uz sveobuhvatnu podršku |  |  |
| **b** | uz svakodnevnu intenzivnu podršku |  |  |
| **c** | uz svakodnevnu kratkotrajnu podršku |  |  |
| **d** | uz povremenu podršku |  |  |
| **13** | **smještaj** | |  |  |
| **a** | prvi stupanj usluge |  |  |
| **b** | drugi stupanj usluge |  |  |
| **c** | treći stupanj usluge |  |  |
| **d** | četvrti stupanj usluge |  |  |

**\* KORISNIČKA SKUPINA** – molimo da unesete pripadajuću oznaku korisničke skupine (slovo) u gornju tablicu

1. djeca i mlađe punoljetne osobe bez roditelja ili bez odgovarajuće roditeljske skrbi
2. trudnica prije poroda ili roditelj s djetetom do jedne godine života
3. djeca i mlađe punoljetne osobe s problemima u ponašanju
4. djeca s teškoćama u razvoju
5. djeca s tjelesnim oštećenjem
6. djeca s lakšim ili umjerenim intelektualnim teškoćama
7. djeca s težim ili teškim intelektualnim teškoćama
8. djeca s više vrsta oštećenja
9. djeca s oštećenjem vida
10. djeca s oštećenjem sluha ili poremećaja glasa, jezika i govora
11. djeca s poremećajima iz autističnog spektra (PAS)
12. odrasle osobe s invaliditetom
13. odrasle osobe s tjelesnim oštećenjem
14. odrasle osobe s mentalnim oštećenjem
15. odrasle osobe s lakšim ili umjerenim intelektualnim teškoćama
16. odrasle osobe s težim ili teškim intelektualnim teškoćama
17. odrasle osobe s više vrsta oštećenja
18. odrasle osobe s oštećenjem vida
19. odrasle osobe s poremećajima iz autističnog spektra (PAS)
20. starije osobe
21. teško bolesne odrasle osobe
22. beskućnici
23. osobe ovisne o alkoholu, drogama, kockanju i drugim oblicima ovisnosti
24. žrtve nasilja u obitelji i žrtve trgovanja ljudima
25. žrtve nasilja u obitelji
26. žrtve trgovanja ljudima - odrasli
27. žrtve trgovanja ljudima – odrasli

Dodatne napomene za pojedinu korisničku skupinu (ukoliko je potrebno)

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­

**PROSTOR** u kojem će se usluga pružati (zaokružiti i dopuniti):

1. u prostoru pružatelja – navesti adresu: .............................................................................................
2. na drugim mjestima – navesti kojim: .................................................................................................

**POMOĆNO-TEHNIČKI POSLOVI** (označiti na koji će se način obavljati navedeni poslovi)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | zapošljavanjem vlastitog kadra | ugovaranjem poslova s ovlaštenim pravnim ili fizičkim osobama (priložiti ugovore!) |
| održavanje prostora, opreme, odjeće, obuće, posteljnog rublja |  |  |
| prehrana |  |  |
| računovodstveni poslovi |  |  |
| nabava namirnica, potrošnog i drugog materijala |  |  |
| preuzimanje, skladištenje i izdavanje robe |  |  |
| prijevoz |  |  |

Datum: Potpis osobe ovlaštene za zastupanje:

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

**PRILOZI**

Uz Zahtjev, potrebno je priložiti**:**

1. **Izvadak iz sudskog ili drugog odgovarajućeg registra za pravnu osobu ili obrt** (ne stariji od 30 dana od dana podnošenja zahtjeva);
2. **Prikaz zgrade / prostora** (situacija, tlocrti, presjeci, pročelja) u kojem će se pružati usluge s definiranim namjenama i neto površinama prostorija te s prikazom opreme (npr. ležaji, ormari, stolovi, stolice, uređaji i ostala oprema);

*\*za uslugu smještaja starijih i teško bolesnih odraslih osoba – naznačiti stupanj usluge za pojedine spavaonice/prostore u tlocrt;*

1. **Dokaz o valjanoj pravnoj osnovi korištenja zgrade / prostora** (Izvadak iz zemljišne knjige i Ugovor o zakupu prostora, ako je prostor u zakupu);
2. **Dokaz o legalnosti objekta/zgrade/prostora** (građevinska dozvola i uporabna dozvola; rješenje o izvedenom stanju);
3. **Dokaz o priključenju na vodoopskrbu** (ugovor o opskrbi vodom ili račun za vodne usluge)**,** osim u slučaju kada se voda ne isporučuje iz javne vodoopskrbe **–** tada je potrebno dostaviti dokaz o zdravstvenoj ispravnosti vodene stariji od godine dana;
4. **Dokaz o priključenju na gradsku kanalizaciju**, javnu odvodnju otpadnih voda(ugovor o priključenju na sustav javne odvodnje)**,** a ukoliko je objekt spojen na sabirnu jamu potrebno je dostaviti i dokaz o vodonepropusnosti sabirne jame;
5. **Dokaz o priključenju na električnu instalaciju** (ugovor okorištenju mreže ili račun za uslugu)
6. **Važeće isprave o pregledu, ispitivanju i provjeri ispravnosti:** 
   1. električne instalacije
   2. gromobranske instalacije (za uslugu smještaja)
   3. sustava za dojavu požara (za uslugu smještaja)
   4. sustava za grijanje i pripremu tople vode
   5. nepropusnosti plinskih instalacija (ako postoje plinske instalacije)
   6. stručni nalaz dimnjačara (ako se koristi dimnjak) – ne stariji od 1 godinu
7. **Plan evakuacije i spašavanja** (samo za socijalnu uslugu organiziranog stanovanja);
8. **Dokaz o osiguranom pristupu fiksnoj ili mobilnoj telefonskoj mreži i internetu** (ugovor s operaterom ili račun);
9. **Popis zaposlenih radnika** s naznačenim nazivom radnog mjesta, radnim vremenom i razinom stručne spreme - ovjeren od odgovorne osobe podnositelja zahtjeva (prilog 2) i **Popis sa nazivima radnih mjesta te podacima o popunjenim i nepopunjenim radnim mjestima** - ovjeren od odgovorne osobe podnositelja zahtjeva (prilog 3);

**(napomena: Ukoliko pružatelj pruža više socijalnih usluga, potrebno je za svaku dodatnu socijalnu uslugu, priloge iz ove točke dostaviti odvojeno)**

1. **Dokaz o radnom odnosu zaposlenih radnika iz točke 11.** (preslike ugovora o radu), za radnike zaposlene u trenutku podnošenja zahtjeva, ;
   1. odnosno ako nisu zaposleni svi potrebni radnici, **izjava o preuzimanju obveze za njihovo zapošljavanje**; (prilog 4);
2. **Dokaz o stručnoj spremi radnika** (preslika diplome, svjedodžbe i važeće odobrenje za rad (ako je primjenjivo)za sve zaposlene osobe u trenutku podnošenja zahtjeva;
3. **Upravnu pristojbu u iznosu od 9,29 EUR / 70,00 kn** , osim za subjekte koji su temeljem Zakona o upravnim pristojbama (Narodne novine 115/16 i 114/2022) oslobođeni plaćanja istih, o čemu su dužni dostaviti odgovarajući dokaz. Upravna pristojba u iznosu od 9,29 EUR / 70,00 kn može se platiti u državnim biljezima koji se dostavljaju uz zahtjev ili na račun Istarske županije (u kojem slučaju se uz zahtjev dostavlja potvrda o uplati): IBAN: HR7924020061800018003, MODEL: HR68, POZIV NA BROJ: 5304-OIB uplatitelja-2

**OSIM NAVEDENOG:**

**Ustanove** su dužne priložiti:

1. **Statut** ustanove
2. **Dokaz o imenovanju** ravnatelja/ice ustanove
3. **Rješenje o imenovanju upravnog i stručnog vijeća** ustanove
4. **Pravilnik o unutarnjem ustroju i sistematizaciji radnih mjesta**

**Udruge, vjerske zajednice, trgovačka društva i druge domaće i strane pravne osobe te obrtnici**

**koji OSIM pružanja socijalnih usluga obavljaju i DRUGE DJELATNOSTI za koje su upisani u sudski registar ili kod drugog nadležnog tijela u skladu s posebnim propisima,** dužni su priložiti:

1. **Dokaz o osnivanju zasebne organizacijske jedinice i dokaz o određivanju osobe koja će obavljati poslove voditelja zasebne organizacijske jedinice**
2. **Osobne podatke voditelja organizacijske jedinice** i
   1. uvjerenje da se ne vodi kazneni postupak ne starije od **6 mjeseci**, za voditelja

organizacijske jedinice

* 1. suglasnost za davanje osobnih podataka za voditelja organizacijske jedinice, u svrhu

dobivanja potvrda Ministarstva pravosuđa o nepostojanju zapreka za pružanje usluga

u smislu članka 261. stavka 1. Zakona o socijalnoj skrbi (Narodne novine, br. 18/22, 46/22, 119/22, 71/23, 156/23 i 61/25) – prilog 1

Molimo Vas da ispunjen i ovjeren zahtjev, kao i dokumente pod točkom 11. (Popis zaposlenih radnika i Popis sa nazivima radnih mjesta te podacima o popunjenim i nepopunjenim radnim mjestima), točkom 20.2. (suglasnost za davanje osobnih podataka za voditelja organizacijske jedinice) te točke 12.1. (izjava o preuzimanju obveze za zapošljavanje radnika) dostavite potpisane u izvorniku, sve ostale priloge možete dostaviti kao presliku.

Zahtjev s priloženom dokumentacijom dostaviti preporučeno poštom na adresu ISTARSKA ŽUPANIJA, Upravni odjel za zdravstvo i socijalnu skrb, Splitska 14, Pula ili u uredovno vrijeme pisarnice te u elektroničkom obliku na e-mail adresu [zdr.soc.skrb@istra-istria.hr](mailto:zdr.soc.skrb@istra-istria.hr).

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

**Prilog 1 –** **Suglasnost za davanje osobnih podataka**



**Prilog 2 –** **Popis zaposlenih radnika** s naznačenim nazivom radnog mjesta, radnim vremenom i razinom stručne spreme (molimo upisati podatke za sve zaposlenike) – za svaku socijalnu uslugu potrebno izraditi poseban popis

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RBR.** | **IME I PREZIME** | **OIB** | **NAZIV RADNOG MJESTA** | **RADNO VRIJEME**  **(puno ili nepuno radno vrijeme)** | **STRUČNA SPREMA**  (npr. VŠS, VSS i sl.) |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(mjesto i datum)

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

(ime i prezime te potpis osobe ovlaštene za zastupanje )

**Prilog 3 –** **Popis sa nazivima radnih mjesta** tepodacima o popunjenim i nepopunjenim radnim mjestima - za svaku socijalnu uslugu potrebno izraditi poseban popis

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RBR.** | **NAZIV RADNOG MJESTA**  **(sukladno Pravilniku o mjerilima)** | **Broj popunjenih radnih mjesta** | **Broj nepopunjenih radnih mjesta** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| … |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(mjesto i datum)

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

(ime i prezime te potpis osobe ovlaštene za zastupanje)

**Prilog 4. - Izjava o preuzimanju obveze za zapošljavanje**

Naziv:…………………………………………………………………………………………………………………………..

OIB:…………………………………………………………………….............................................................................

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

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

I Z J A V A

Kojim ja \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(ime i prezime osobe ovlaštene za zastupanje, OIB,)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (funkcija) (naziv)

izjavljujem da preuzimam obvezu zapošljavanja nedostajućeg kadra odnosno potrebnih radnika, a sve u cilju ispunjavanja kadrovskog minimuma definiranog odredbama Pravilnika o mjerilima za pružanje socijalnih usluga (NN br. 110/02 i 58/24)

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(mjesto i datum)

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

(ime i prezime te potpis osobe ovlaštene za zastupanje)