**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 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 prostora koji će pružatelj usluge osobne asistencije koristiti u svrhu organizacije rada:

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

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

**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 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 gluhospijepoj 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) | | |  |  |

Datum: Potpis osobe ovlaštene za zastupanje:

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

**UZ ZAHTJEV OBAVEZNO PRILOŽITI:**

1. **Izvadak iz sudskog ili drugog odgovarajućeg registra za pravnu osobu** – 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 legalnosti objekta/zgrade/prostora** iz točke 4. (građevinska i uporabna dozvola; rješenje o izvedenom stanju);
6. **Dokaz o valjanoj pravnoj osnovi korištenja prostora** iz točke 4.(izvadak iz zemljišne knjige ili ugovor o zakupu prostora, ako je prostor u zakupu);
7. **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 vode ne stariji od godine dana;
8. **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;
9. **Važeće isprave** o pregledu, ispitivanju i provjeri ispravnosti za prostor iz točke 4.:
   * 1. električne instalacije,
     2. vodonepropusnosti sabirne jame ukoliko objekt nije spojen na javnu

kanalizaciju

* + 1. stručni nalaz dimnjačara, ako je primjenjivo
    2. isprave o nepropusnosti plinskih instalacija, ako je primjenjivo;

1. **Dokaz o osiguranom pristupu fiksnoj ili mobilnoj telefonskoj mreži i internetu** (ugovor s operaterom ili račun);
2. **Popis zaposlenih radnika** s naznačenim nazivom radnog mjesta, radnim vremenom i razinom stručne spreme - ovjeren od odgovorne osobe podnositelja zahtjeva (prilog 1.)
3. **Dokaz o radnom odnosu radnika iz točke 11.** kod podnositelja zahtjeva (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 2)
4. **Dokaze o zdravstvenoj sposobnosti** za sve zaposlene osobe iz točke 11. (uvjerenje o zdravstvenoj sposobnosti radnika);
5. **Dokaze o stručnoj spremi** radnika iz točke 11. (preslike diplome, svjedodžbe, dokaz o završenom programu za stjecanje odgovarajuće kvalifikacije i/ili završenom programu obrazovanja odraslih za pružanje odgovarajuće vrste usluge, potvrde o završenim edukacijama i sl. – sukladno Zakonu o osobnoj asistenciji NN 71/23);

15. **Upravnu pristojbu** u iznosu od 9,29 EUR / 70,00 kn[[1]](#footnote-1), 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

Molimo Vas da ispunjen i ovjeren zahtjev, kao i dokumente pod točkom 11. i 12. (Popis zaposlenih radnika – (prilog 1) i izjava o preuzimanju obveze za zapošljavanje radnika (prilog 2), a 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** – **Popis zaposlenih radnika** s naznačenim nazivom radnog mjesta, radnim vremenom i razinom stručne spreme (molimo upisati podatke za sve zaposlenike)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 2** - 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 usluge osobne asistencije, utvrđivanju cijene, sadržaju obrasca za podnošenje prijave na javni poziv te načinu i uvjetima sklapanja ugovora (NN br. 96/23)

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

(mjesto i datum)

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

(ime i prezime te potpis osobe

ovlaštene za zastupanje)

1. fiksni tečaj konverzije 1 EUR = 7,53450 HRK [↑](#footnote-ref-1)