|  |
| --- |
| **PRIJAVNI OBRAZAC ZA SUDJELOVANJE U PROJEKTU „ZAŽELI POMOĆ U KUĆI“ (SF.3.4.11.01.0409) ZA KORIŠTENJE USLUGE POTPORE I PODRŠKE U SVAKODNEVNOM ŽIVOTU ZA STARIJE OSOBE I ODRASLE OSOBE S INVALIDITETOM** |

|  |  |
| --- | --- |
| **PODACI O KORISNIKU** | |
| **IME I PREZIME** |  |
| **DATUM ROĐENJA** |  |
| **ADRESA** |  |
| **OIB** |  |
| **PRIPADNOST KATEGORIJI CILJNE SKUPINE**  **(zaokružite I ili II ispred kategorije kojoj ciljnoj skupini pripadate - moguće je zaokružiti obje opcije)** | Pripadnost kategoriji ciljne skupine korisnika:  I) Starija osoba (u dobi od 65 godina i više)  II) Odrasla osoba s invaliditetom 3. ili 4. stupnja težine invaliditeta (18 i više godina) |
| **BROJ ČLANOVA KUĆANSTVA**  **(zaokružite točnu tvrdnju)** | a) Samačko  b) Dvočlano  c) Višečlano (upisati broj članova) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **KORIŠTENJE SLJEDEĆIH USLUGA**  **(zaokružite točnu tvrdnju)** | Korisnik/ca sam sljedećih usluga financiranih iz drugih javnih izvora za uslugu:  pomoći u kući, boravka, organiziranog stanovanja, smještaja, osobne asistencije koju pruža osobni asistent, osobne asistencije koju pruža videći pratitelj **(zaokružuju osobe starije od 65 godina i odrasle osobe s invaliditetom)**  **DA NE** |
| Roditelj ili drugi član moje obitelji ima priznato pravo na status roditelja njegovatelja ili status njegovatelja za potrebe skrbi o meni **(zaokružuju samo odrasle osobe s invaliditetom)**  **DA NE** |
| **VISINA MJESEČNIH PRIHODA**  **(popunjavaju osobe starije od 65 godina koje žive u samačkom, dvočlanom ili višečlanom kućanstvu, i odrasle osobe s invaliditetom koje žive u kućanstvu s osobom starijom od 65 godina)** | Kako bi se osoba mogla uključiti u projekt, visina mjesečnog prihoda ne smije prelaziti za:  **Samačko kućanstvo** (120% od prosječne starosne mirovine prema HZMO s mirovinskim stažem od 40 i više godina).  **Dvočlano kućanstvo** (200% od prosječne starosne mirovine prema HZMO s mirovinskim stažem od 40 i više godina).  **Višečlano kućanstvo** (300% od prosječne starosne mirovine prema HZMO s mirovinskim stažem od 40 i više godina). |
| Upisati ukupni iznos mjesečnog prihoda u eurima svih članova kućanstva, ovisno o broju članova kućanstva:  a) Samačko \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ €  b) Dvočlano \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ €  c) Višečlano \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ € |

|  |  |
| --- | --- |
| **I. CILJNA SKUPINA**  **POPUNJAVAJU OSOBE STARIJE OD 65 GODINA**  **OBVEZNA DOKUMENTACIJA – OZNAČITE ŠTO PRILAŽETE PRIJAVI** | |
| Preslika osobne iskaznice (obostrana), putovnice ili dokumenta jednake ili slične vrijednosti iz kojeg je nedvojbeno moguće utvrditi identitet, dob i OIB sudionika |  |
| Izjava pripadnika ciljne skupine o broju članova kućanstva – ispunjena i potpisana |  |
| Potvrda Porezne uprave o visini dohodaka i primitaka za mjesec na koji se odnosi iznos prosječne starosne mirovine za 40 i više godina mirovinskog staža |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **II. CILJNA SKUPINA**  **POPUNJAVAJU ODRASLE OSOBE S INVALIDITETOM**  **OBVEZNA DOKUMENTACIJA – OZNAČITE ŠTO PRILAŽETE PRIJAVI** | |
| Preslika osobne iskaznice (obostrana), putovnice ili dokumenta jednake ili slične vrijednosti iz kojeg je nedvojbeno moguće utvrditi identitet, dob i OIB sudionika |  |
| Izjava pripadnika ciljne skupine o broju članova kućanstva – ispunjena i potpisana |  |
| Potvrda Porezne uprave o visini dohodaka i primitaka za mjesec na koji se odnosi iznos prosječne starosne mirovine za 40 i više godina mirovinskog staža |  |
| Preslika Potvrde o upisu u Registar osoba s invaliditetom iz koje je vidljivo da osoba ima oštećenje trećeg ili četvrtog stupnja težine invaliditeta – oštećenja funkcionalnih sposobnosti ili nalaz i mišljenje Zavoda za vještačenje, profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba s invaliditetom u kojem je naveden treći ili četvrti stupanj težine invaliditeta – oštećenja funkcionalnih sposobnosti |  |

Krugovi, Centar za edukaciju, savjetovanje i humanitarno djelovanje, kao Voditelj zbirke osobnih podataka obavještava Vas da će se Vaši osobni podaci prikupljati i koristiti u svrhu iskaza interesa i uključivanja, sudjelovanja u projektu „Zaželi pomoć u kući“, te u svrhu provođenja vrednovanja provedbe Programa „Učinkoviti ljudski potencijali 2021. - 2027.“ i da se u druge svrhe neće koristiti. Potpisom ovog Obrasca, smatra se da sukladno UREDBI (EU) 2016/679 Europskog parlamenta i Vijeća o zaštiti osobnih podataka / zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i slobodnom kretanju takvih podataka te Zakonom o provedbi Opće uredbe o zaštiti podataka (NN 42/18) slobodno i izričito dajete privolu na prikupljanje i obradu Vaših osobnih podataka ustupljenih Krugovima, Centru za edukaciju, savjetovanje i humanitarno djelovanje u gore navedenu svrhu. Vaši osobni podaci tretirat će se sukladno zakonskim ograničenjima i uz primjenu odgovarajućih tehničko – sigurnosnih mjera. Vaši osobni podaci dostavljat će se trećim osobama bez vaše izričite prethodne suglasnosti samo u slučajevima propisanim pozitivnim zakonskim propisima. Potpisom ove izjave potvrđujete da imate više od 18 godina i da zakonski možete dati svoj dobrovoljni pristanak na prikupljanje i obradu Vaših osobnih podataka i osobnih podataka članova Vaše obitelji/kućanstva, kao i drugih osoba, a u svrhu iskaza interesa i uključivanja, te sudjelovanja u projektu „Zaželi pomoć u kući“.

Izjavljujem pod punom materijalnom i kaznenom odgovornošću da su podaci navedeni u ovom Obrascu točni i istiniti. Ukoliko netko drugi popunjava iskaz interesa u ime pripadnika ciljne skupine, odgovorno izjavljuje da je prijavitelj, odnosno sudionik (pripadnik ciljne skupine koji daje iskaz interesa) informiran i suglasan s uključivanjem u projekt.

|  |  |
| --- | --- |
| U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  mjesto datum | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  potpis |