**OBRAZAC ZA ISKAZ INTERESA-UKLJUČIVANJE U PROJEKT**

**Zaželi-prevencija institucionalizacije SF.3.4.11.01. financiran sredstvima Europskog socijalnog fonda plus**

**„ZAŽELI bolji život u trećoj životnoj dobi“ kodni broj projekta SF.3.4.11.01.0424**

|  |  |
| --- | --- |
| **IME I PREZIME:** |  |
| **ADRESA:** |  |
| **DATUM ROĐENJA:** |  |
| **OIB:** |  |
| **KONTAKT BROJ:** |  |
| **KONTAKT OSOBA I BROJ TELEFONA****(u slučaju da se nešto dogodi korisniku)** |  |
| **PRIPADNOST CILJNOJ SKUPINI:****(zaokružiti slovo ispred kategorije kojoj pripadate, moguće zaokružiti OBOJE)** | 1. Osobe starije od 65 godina
2. Odrasle osobe s invaliditetom (treći ili četvrti stupanj težine invaliditeta)
 |
| **BROJ ČLANOVA KUĆANSTVA\*:****(zaokružiti)** | 1. Samačko
2. Dvočlano
3. Višečlano (upisati broj članova) \_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| **KORIŠTENJE ISTE ILI SLIČNE USLUGE: (zaokružiti)** | Korisnik/ca sam iste ili slične usluge financirane iz drugih javnih izvora – usluga pomoći u kući, boravka, organiziranog stanovanja, smještaja, osobne asistencije koju pruža osobni asistent:DA / NE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Roditelj ili drugi član obitelji ima priznato pravo na status roditelja njegovatelja ili status njegovatelja za potrebe skrbi o meni:DA / NE |

\*pod kućanstvom se smatra obiteljska ili druga zajednica osoba koje zajedno stanuju i zajednički podmiruju troškove života (članak 15., Zakon o socijalnoj skrbi, NN, br. 18/22, 46/22, 119/22, 71/23, 156/23)

**UZ OBRAZAC PRIJAVE PRILAŽEM SLJEDEĆU DOKUMENTACIJU (zaokružiti):**

**OSOBE STARIJE OD 65 GODINA:**

1. Preslika osobne iskaznice, putovnice ili dokumenta jednake ili slične vrijednosti iz kojeg je nedvojbeno moguće utvrditi identitet i dob sudionika,
2. 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 (u slučaju dvočlanog i višečlanog kućanstva, potvrdu Porezne uprave potrebno je dostaviti za svakog člana kućanstva),
3. Izjava pripadnika ciljne skupine o broju članova kućanstva,

**ODRASLE OSOBE S INVALIDITETOM:**

1. Preslika osobne iskaznice, putovnice ili dokumenta jednake ili slične vrijednosti iz kojeg je nedvojbeno moguće utvrditi identitet i dob sudionika,
2. Izjava pripadnika ciljne skupine o broju članova kućanstva,
3. Potvrda 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 – oštećenje funkcionalnih sposobnosti.

Izjavljujem pod punom materijalnom i kaznenom odgovornošću da sam upoznat/a sa uvjetima prihvatljivosti sudionika iz poziva, da su gore navedeni podaci točni i istiniti te da ću u slučaju promjene istih bez odgode o činjenici promjene obavijestiti Udrugu „Treća životna dob“ kao nositelja projekta. Izjavljujem da sam sukladno UREDBI (EU) 2016/679 Europskog parlamenta i Vijeća o zaštiti osobnih podataka upoznat/a kako se moji osobni podaci prikupljaju i obrađuju u svrhu izrade i podnošenja projektnog prijedloga, provedbe postupka dodjele bespovratnih sredstava, sklapanja i izvršavanja ugovora o dodjeli bespovratnih sredstava, provedbe revizije postupaka odabira, postupka dodjele bespovratnih sredstava i izvršenja ugovora o dodjeli bespovratnih sredstava te u svrhu provođenja vrednovanja provedbe Programa „Učinkoviti ljudski potencijali (2021.-2027.) i da se za druge potrebe neće koristiti, za što dajem svoju izričitu privolu. Suglasan/-na sam da me se fotografira i snima tijekom razdoblja provedbe projekta „Zaželi bolji život u trećoj životnoj dobi“ te da se fotografije i snimke na kojima se nalazim koriste u svrhu javne komunikacije nositelja projekta s javnošću, putem objava na službenoj internetskoj stranici nositelja i partnera, na društvenim mrežama, kao i objava u medijima (novine, radio, TV).

Suglasan/-na sam da mi osobe zaposlene na provedbi projekta „Zaželi bolji život u trećoj životnoj dobi“ pružaju uslugu potpore i podrške u svakodnevnom životu te svojim potpisom potvrđujem da želim biti sudionik/ca Projekta „Zaželi bolji život u trećoj životnoj dobi“ SF.3.4.11.01.0424

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dana \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024. godine

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

 POTPIS