Udruga slijepih županije Šibensko - kninske

Zadarska 4,22000 Šibenik

Hrvatska

Tel: 022/212834

E-mail: info@usskz.hr

Web: https://www.usskz.hr/

# OBRAZAC ZA ISKAZ INTERESA

**ZA KORIŠTENJE USLUGE POTPORE I PODRŠKE U SVAKODNEVNOM ŽIVOTU STARIJIM OSOBAMA I OSOBAMA S INVALIDITETOM**

**u okviru poziva na dostavu Projektnih prijedloga „Zaželi – prevencija institucionalizacije i na temelju odluke o financiranju Ministarstva rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike i Hrvatskog zavoda za zapošljavanje, KLASA: 984-01/23-01/29, UR. BROJ: 524-07-02-01-01/2-24-19 od 8. veljače 2024.. godine te Ugovora o dodjeli bespovratnih sredstava koji se financiraju iz Europskog socijalnog fonda plus (ESF+), Operativnog programa Učinkoviti ljudski potencijali 2021.-2027. „Zaželi – prevencija institucionalizacije“ Kodni broj : SF.3.4.11.01.0101, Naziv projekta: Koračajmo skupa III potpisanog dana 23. veljače 2024. godine**

|  |
| --- |
| **PODACI O KORISNIKU** |
| **IME I PREZIME** |  |
| **DATUM ROĐENJA** |  |
| **ADRESA** |  |
| **OIB** |  |
| **KONTAKT BROJ** |  |
| **KOJOJ KATEGORIJI CILJNE SKUPINE PRIPADATE** **(zaokružite broj/I ili II/ ispred kategorije kojoj ciljnoj skupini pripadate- moguće je zaokružiti obje opcije)** | **Pripadnost kategoriji ciljne skupine korisnika:**1. **Starija osoba (u dobi od 65 godina i više)**
2. **Osoba s invaliditetom 3. ili 4. stupnja** **(18 i više godina)**
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **BROJ ČLANOVA KUĆANSTVA [[1]](#footnote-1)** |   |
|  |  **a) Samačko** |
| **(zaokružite točnu tvrdnju)** | 1. **Dvočlano**
2. **Višečlano (upisati broj članova) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
 |
|  |   |
| **KORIŠTENJE ISTE ILI SLIČNE USLUGE****(zaokružite točnu tvrdnju)** | Korisnik/ca sam iste ili slične usluge financirane iz drugih javnih izvora za uslugu –- **usluge pomoći u kući, boravka, organiziranog stanovanja, smještaja, osobne asistencije koju pruža osobni asistent, osobne asistencije koju pruža videći pratitelj****DA / NE** |
| **Roditelj ili drugi član obitelji ima priznato pravo na status roditelja njegovatelja ili status njegovatelja za potrebe skrbi o meni.****DA / NE** |
| **VISINA MJESEČNIH PRIHODA** **( Ukupni iznosi mjesečnih prihoda odnose se na mjesec i godinu prijave na javni poziv )****- nije potrebno za osobe s invaliditetom**  | Kako bi se osoba mogla uključiti u projekt visina mjesečnog prihoda ne smije prelaziti za:**Samačko kućanstvo** (**120 %** od prosječne starosne mirovine prema HZMO[[2]](#footnote-2) sa mirovinskim stažem od 40 i više godina)**Dvočlano kućanstvo** (**200%** od prosječne starosne mirovine prema HZMO sa mirovinskim stažem od 40 i više godina).**Višečlano kućanstvo** (**300%** od prosječne starosne mirovine prema HZMO sa 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€ |

Pod materijalnom i kaznenom odgovornošću izjavljujem i vlastoručnim potpisom potvrđujem da su svi navedeni podaci u ovom obrascu točni i potpuni te sam sukladno UREDBI (EU) 2016/679 Europskog parlamenta i Vijeća o zaštiti osobnih podataka/ zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i o slobodnom kretanju takvih podataka te o stavljanju izvan snage Direktive 95/46/EZ (Opća uredba o zaštiti podataka) upoznat/a kako se moji osobni podaci/ podaci o korisniku 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 u druge svrhe neće koristi.

U Šibeniku, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ godine.

 Vlastoručni potpis:

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

1. **Kućanstvo je zajednica osoba koje zajedno žive i podmiruju troškove života (članak 15., Zakon o socijalnoj skrbi, NN, br. 18/22, 46/22, 119/22, 71/23)** [↑](#footnote-ref-1)
2. [↑](#footnote-ref-2)