**OBRAZAC PRIJAVE ZA ISKAZ INTERESA ZA KORIŠTENJE USLUGE POTPORE I PODRŠKE U SVAKODNEVNOM ŽIVOTU STARIJIM OSOBAMA I OSOBAMA S INVALIDITETOM U OKVIRU PROJEKTA „POMOĆ U KUĆI OPĆINE BEREK“**

**(SF.3.4.11.01.0426)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **PODACI O PRIJAVITELJU** |
| IME I PREZIME |  |
| DATUM ROĐENJA |  |
| ADRESA |  |
| OIB |  |
| KONTAKT BROJ |  |
| DOB |  |
| KOJOJ CILJNOJ SKUPINI PRIPADATE  (moguće je zaokružiti obje opcije): | **a) Starija osoba (u dobi od 65 godina i više)** koja istovremeno **ne koristi sljedeće usluge** - usluga pomoći u kući, boravka, organiziranog stanovanja, smještaja, osobne asistencije koju pruža osobni asistent  **b) Osoba s invaliditetom 3. ili 4. stupnja (18 i više godina)** koja istovremeno **ne koristi sljedeće usluge** - usluga pomoći u kući, boravka, organiziranog stanovanja, smještaja, osobne asistencije koju  pruža osobni asistent i čiji roditelj ili drugi član obitelji nema priznato  pravo na status roditelja njegovatelja ili status njegovatelja za potrebu  skrbi o njoj. |
| BROJ ČLANOVA KUĆANSTVA\* | a) Samačko  b) dvočlano  c) Višečlano (upisati broj članova) \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| KORIŠTENJE ISTE ILI SLIČNE USLUGE  ( zaokružiti točnu tvrdnju ) | Korisnik sam neke od slijedećih usluga: 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 |
| VISINA MJESEČNIH PRIHODA | ***Kako bi se osoba mogla uključiti u projekt visina mjesečnog prihoda kućanstva ne smije prelaziti iznos:***  ***Samačko kućanstvo*** *( 120 % prosječne starosne mirovine prema HZMO sa mirovinskim stažem od 40 i više godina).*  ***Dvočlano kućanstvo*** *( 200% prosječne starosne mirovine prema HZMO sa mirovinskim stažem od 40 i više godina).*  ***Višečlano kućanstvo*** *( 300% prosječne starosne mirovine prema HZMO sa mirovinskim stažem od 40 i više godina).* |
|  | Upisati ukupni iznos mjesečnog prihoda u eurima svih članova kućanstva za mjesec prije uključivanja u aktivnosti projekta. Ovisno o broju članova kućanstva:  a) Samačko \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ €  b) Dvočlano \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€  c) Višečlano \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€ |

\* Kućanstvo je zajednica osoba koje zajedno žive i podmiruju troškove

*Pod materijalnom i kaznenom odgovornošću izjavljujem i vlastoručnim potpisom potvrđujem da su podaci navedeni u ovom obrascu točni i potpuni. Sukladno UREDBI (EU) 2016/679 Europskog parlamenta i Vijeća o zaštiti osobnih podataka upoznat/a sam kako se moji osobni podaci/podaci o korisniku prikupljaju i obrađuju u svrhu prijave za korištenje usluge potpore i podrške u svakodnevnom životu starijim osobama i osobama s invaliditetom u okviru projekta „Pomoć u kući Općine BerekI“ (SF.3.4.11.01.0426) i da se u druge svrhe neće koristi.*

Potpis:

Berek , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

­­­­­­­­­­­­---------------------------------

Uz Obrazac Prijave dostavljam sljedeću dokaznu dokumentaciju:

|  |  |
| --- | --- |
| Stariji od 65 godina | 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 i 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 i 3. Izjava pripadnika ciljne skupine o broju članova kućanstva | 1. Preslika osobne iskaznice, putovnice ili dokumenta jednake ili slične vrijednosti iz kojeg je nedvojbeno moguće utvrditi identitet i dob sudionika i 2. Izjava pripadnika ciljne skupine o broju članova kućanstva i 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 – oštećenja funkcionalnih sposobnosti |