Centar promocije volonterstva i pomoći ranjivim skupinama

Istarska 25,22000 Šibenik

Hrvatska

Tel: 098/606-268

 E-mail: centarpromocijevolonterstva@gmail.com

# PRIJAVNI OBRAZAC ZA SUDJELOVANJE U PROJEKTU

**ZA KORIŠTENJE USLUGE POTPORE I PODRŠKE U SVAKODNEVNOM ŽIVOTU**

# STARIJIM OSOBAMA I ODRASLIM 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, KLASA: 984-01/23-01/29, UR. BROJ: 524-07-02- 01-01/1-23-2 od 23. studenog 2023. godine te Ugovora o dodjeli bespovratnih sredstava koji se financiraju iz Europskog socijalnog fonda plus (ESF+), Programa „Učinkoviti ljudski potencijali 2021.-2027.“, „Zaželi – prevencija institucionalizacije“ kodni broj: SF.3.4.11.01.0084, Naziv projekta: „Pomoć žene nema cijene III“ potpisanog dana 07. prosinca 2023. godine**

|  |
| --- |
| **PODACI O****KORISNIKU** |
| **IME I PREZIME** |  |
| **DATUM ROĐENJA** |  |
| **ADRESA** |  |
| **OIB** |  |
| **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. **Odrasla osoba s invaliditetom 3. ili 4. stupnja** (18 i više godina)
 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **BROJ ČLANOVA KUĆANSTVA 1** | **a) Samačko** |  |
| **(zaokružite točnu****tvrdnju)** | 1. **Dvočlano**
2. **Višečlano (upisati broj članova)**
 |
| **KORIŠTENJE SLJEDEĆIH USLUGA****(zaokružite točnu****tvrdnju)** | Korisnik/ca sam sljedeće usluge financirane iz drugih javnih izvora zauslugu –- **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** |
|  | Kako bi se osoba mogla uključiti u projekt visina mjesečnog prihoda ne smije |
| **VISINA MJESEČNIH****PRIHODA**  | prelaziti za:**Samačko kućanstvo** (**120 %** od prosječne starosne mirovine prema HZMO s |
|  | mirovinskim stažem od 40 i više godina) |
| **( Ukupni iznosi** |  |
| **mjesečnih prihoda****odnose se na mjesec i** | **Dvočlano kućanstvo** (**200%** od prosječne starosne mirovine prema HZMO smirovinskim stažem od 40 i više godina). |
| **godinu prijave na****javni poziv )****- nije potrebno za osobe s invaliditetom** | **Višečlano kućanstvo** (**300%** od prosječne starosne mirovine prema HZMO s mirovinskim stažem od 40 i više godina). |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **p** | **Upisati ukupni iznos mjesečnog prihoda u eurima svih članova kućanstva, ovisno o članovima broja kućanstva:**1. Samačko €
2. Dvočlano €
3. Višečlano €
 |
| **v** |

1. **Kućanstvo je zajednica osoba koje zajedno žive i podmiruju troškove života**

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: