



Konjički klub Kolan – Udruga za aktivnosti i terapiju pomoću konja
Rakovo Selo 9
22000 Šibenik
Kontakt: 098/9360 304
E-mail: konjickiklubkolan@gmail.com
Web: <http://www.kk-kolan.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 08. 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.3.4.11.01.0060, Naziv projekta: „Zajedno smo sigurniji 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: I) Starija osoba (u dobi od 65 godina i više) II) Osoba s invaliditetom 3. ili 4. stupnja (18 i više godina)





BROJ ČLANOVA KUĆANSTVA ¹ (zaokružite točnu tvrdnju)	a) Samačko b) Dvočlano c) 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 ² (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 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). https://www.mirovinsko.hr
	Upisati ukupni iznos mjesečnog prihoda u eurima svih članova kućanstva, ovisno o broju članova kućanstva: a) Samačko _____ € b) Dvočlano _____ € c) Višečlano _____ €

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 koristiti.

U Šibeniku, _____ godine.

Vlastoručni potpis:

