

***R E P U B L I K A H R V A T S K A***

***ŠIBENSKO***-***KNINSKA ŽUPANIJA***

 ***OPĆINA KISTANJE***

Trg sv Nikole 5, 22 305 Kistanje

 **OBRAZAC PRIJAVE NA JAVNI POZIV PRIPADNICIMA CILJNE SKUPINE**

 **U PROJEKTU**

**„Naša zajednica-Naša kuća-faza II!“ - pomoć starijim osobama i osobama s invaliditetom,**

 **Kodni br. SF.3.4.11.01.0478**

**U OKVIRU POZIVA NA DOSTAVU PROJEKTNIH PRIJEDLOGA „ZAŽELI – PREVENCIJA INSTITUCIONALIZACIJE“ SF.3.4.11.01**

|  |
| --- |
| **OPĆI PODACI O KORISNIKU** |
|  **IME I PREZIME:** |  |
|  **DATUM ROĐENJA:** |  |
|  **ADRESA :** |  |
|  **OIB:** |  |
|  **KONTAKT BROJ**  **TELEFONA**  **ILI MOBITELA:** |  |
|  **KONTAKT OSOBA:**  |  |
|  **BROJ ČLANOVA**  **KUĆANSTVA:** (zaokružiti ponuđeno) | **a) Samačko kućanstvo****b) Dvočlano kućanstvo****c) Višečlano kućanstvo (upisati broj članova)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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

Molimo zaokružiti broj ispred kategorije ciljne skupine kojoj Prijavitelj pripada :

**1. Osoba starija od 65 godina (65 ili više godina)**

**2. Odrasla osoba s invaliditetom trećeg ili četvrtog stupnja težine invaliditeta (18 ili više godina)**

**Sukladno objavljenom Javnom pozivu uz prijavu je potrebno priložiti:**

1. Preslike osobnih iskaznica, putovnice ili dokumenta jednake ili slične vrijednosti iz kojega je nedvojbeno moguće utvrditi identitet i dob sudionika – za prijavitelja i svakog člana kućanstva

2. Potvrde Porezne uprave o visini dohodaka i primitka u mjesecu koji prethodi uključivanju u aktivnosti projekta ( veljača 2024. godine - tj. za mjesec koji prethodi uključivanju u aktivnost projekta ili za mjesec prije ukoliko HZMO još nije izdao podatke za mjesec koji prethodi uključivanju u aktivnosti projekta)– za prijavitelja i svakog člana zajedničkog kućanstva

3. Izjava o članovima zajedničkog kućanstva

**Uz prethodno navedeno Odrasle osobe s invaliditetom trebaju priložiti :**

1.Potvrdu o upisu u Registar osoba s invaliditetom iz koje je vidljivo da osoba ima oštećenje trećeg ili četvrtog stupnja težine invaliditeta – oštećenje funkcionalnih sposobnosti **ili**

2.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.

(Navedeni stupnjevi invaliditeta moraju biti utvrđeni temeljem odredbi Zakona o socijalnoj skrbi (NN, br. 18/22, 46/22, 119/22, 71/23)

Pod materijalnom i kaznenom odgovornošću izjavljujem te svojim potpisom potvrđujem da želim biti korisnik/ca prava ostvarenih iz poziva „Zaželi – prevencija institucionalizacije“, referentni broj: SF.3.4.11.01.“

Dajem Privolu Općini Kistanje da u moje ime zatraži i ishodi sve potrebne Potvrde (Potvrda Porezne uprave o visini dohotka i primitaka za mjesec na koji se odnosi iznos prosječne starosne mirovine za 40 i više godina mirovinskog staža i Potvrda/Izjava Hrvatskog zavoda za socijalni rad da osoba ne koristi slijedeće usluge – uslugu pomoći u kući, boravka, organiziranog stanovanja, smještaja, osobne asistencije koju pruža osobni asistent), u svrhu dokazivanja pripadnosti ciljnoj skupini projekta „Naša zajednica-Naša kuća-faza II!“ - pomoć starijim osobama i osobama s invaliditetom, Kodni br. SF.3.4.11.01.0478

Svi navedeni podaci u ovom obrascu su točni i potpuni te sam sukladno UREDBI (EU) 2016/679 Europskog parlamenta i Vijeća od 27. travnja 2016. o zaštiti pojedinca u vezi s obradom osobnih podataka i o slobodom kretanja takvih podataka te o stavljanju izvan snage Direktive 95/46/EZ 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 te u svrhu provođenja vrednovanja provedbe Programa „Učinkoviti ljudski potencijali 2021.-2027. i da se u druge svrhe neće koristiti.

U Kistanjama \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2024. godine \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Vlastoručni potpis

