

OBRAZAC ZA ISKAZ INTERESA

za korištenje potpore i podrške u svakodnevnom životu starijim osobama i osobama s invaliditetom u okviru projekta

„ZAŽELI – PREVENCIJA INSTITUCIONALIZACIJE“

- Zaželi bolji život u Općini Trnava, SF.3.4.11.01.0551

PODACI O SUDIONIKU	
IME I PREZIME	
DATUM ROĐENJA	
ADRESA	
OIB	
KONTAKT BROJ	
KOJOJ CILJNOJ SKUPINI PRIPADATE (moguće je zaokružiti obje opcije):	<p>a) Starija osoba (u dobi od 65 godina ili više)</p> <p>b) Osoba s invaliditetom (u dobi 18 ili više godina) 3. ili 4. stupnja težine invaliditeta - oštećenja funkcionalnih sposobnosti prema propisima o vještačenju i metodologijama vještačenja</p>
BROJ ČLANOVA KUĆANSTVA¹ (zaokružite točnu tvrdnju)	<p>a) Samačko</p> <p>b) Dvočlano</p> <p>c) Višečlano (upisati broj članova) _____</p> <p>Ime i prezime i OIB člana kućanstva _____</p> <p>Ime i prezime i OIB člana kućanstva _____</p> <p>Ime i prezime i OIB člana kućanstva _____</p> <p>Ime i prezime i OIB člana kućanstva _____</p>

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

KORIŠTENJE ISTE ILI SLIČNE USLUGE (zaokružite 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

DOKAZNA DOKUMENTACIJA	
OSOBE STARIJE OD 65 GODINA	a) Preslika osobne iskaznice, putovnice ili dokumenta jednake ili slične vrijednosti iz kojeg je nedvojbeno moguće utvrditi identitet i dob b) Potvrda Porezne uprave o visini dohodaka I primitaka za svakog člana kućanstva c) Izjava o članovima kućanstva
ODRASLE OSOBE SA INVALIDITETOM	a) Preslika osobne iskaznice, putovnice ili dokumenta jednake ili slične vrijednosti iz kojeg je nedvojbeno moguće utvrditi identitet i dob b) Izjava o članovima kućanstva c) 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 sposobnost

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 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 Trnavi, _____ 2024. godine

Vlastoručni potpis:
