# OBRAZAC ZA ISKAZ INTERESA

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

„ZAŽELI IV– PREVENCIJA INSTITUCIONALIZACIJE“

- Zaželi bolji život u općini Strizivojna 4, SF.3.4.11.01.0149

|  |  |
| --- | --- |
| **PODACI O SUDIONIKU** | |
| **IME I PREZIME** |  |
| **DATUM ROĐENJA** |  |
| **ADRESA** |  |
| **OIB** |  |
| **KONTAKT BROJ** |  |
| **KOJOJ CILJNOJ**  **SKUPINI PRIPADATE**  (moguće je zaokružiti obje opcije): | 1. **Starija osoba (u dobi od 65 godina ili više)** 2. **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 |
| **BROJ ČLANOVA**  **KUĆANSTVA[[1]](#footnote-1)** |  |
| **a)** Samačko |
| **b)** Dvočlano |
| 1. Višečlano (upisati broj članova) \_\_\_\_\_\_ |
| **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 |
| **UVJET PRIHVATLJIVOSTI ZA OSOBE STARIJE OD 65 GODINA** | |
| **VISINA MJESEČNIH PRIHODA**  prosječna starosna mirovina za 40 i više godina mirovinskog staža prema HZMO za prosinac 2023. godine iznosi 816,88 € | Kako bi se osoba mogla uključiti u projekt visina mjesečnog prihoda **ne smije prelaziti** za:   1. **Samačko kućanstvo -** 980,26 €   (120 % od prosječne starosne mirovine za 40 i više godina mirovinskog staža prema HZMO).   1. **Dvočlano kućanstvo -** 1.633,76 €   (200% od prosječne starosne mirovine za 40 i više godina mirovinskog staža prema HZMO).   1. **Višečlano kućanstvo -** 2.450,64 €   (300% od prosječne starosne mirovine za 40 i više godina mirovinskog staža prema HZMO). |
| **UVJET PRIHVATLJIVOSTI ZA OSOBE S INVALIDITETOM** | |
| **STUPANJ TEŽINE INVALIDITETA** | Odrasle osobe s invaliditetom:   * koje žive u samačkom ili dvočlanom kućanstvu ili višečlanom kućanstvu u kojem su **svi članovi** kućanstva pripadnici ciljnih skupina ovog Poziva * koje imaju utvrđen **treći ili četvrti stupanj** težine invaliditeta – oštećenja funkcionalnih sposobnosti prema propisima o vještačenju i metodologijama vještačenja |
|  |  |
| **DOKAZNA DOKUMENTACIJA** | 1. Preslika osobne iskaznice, putovnice ili dokumenta jednake ili slične vrijednosti iz kojeg je nedvojbeno moguće utvrditi identitet i dob 2. Izjava o članovima kućanstva 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 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Potpis:

(mjesto) (datum)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Kućanstvo je zajednica osoba koje zajedno žive i podmiruju troškove života [↑](#footnote-ref-1)