

Klub za starije osobe „Mariška“
Trg Eugena Kumičića 17, 48 000 Koprivnica
Tel: 048/250-214
E-mail: info@klub-mariska.hr
Web: https://klub-mariska.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 8. 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.3.4.11.01.0334, Projekt: „Ruka podrške“, od 01. ožujka 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)

<p>BROJ ČLANOVA KUĆANSTVA ¹ (zaokružite točnu tvrdnju)</p>	<p>a) Samačko b) Dvočlano c) Višečlano (upisati broj članova) _____</p>
<p>KORIŠTENJE ISTE ILI SLIČNE USLUGE (zaokružite točnu tvrdnju)</p>	<p>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</p> <p style="text-align: center;">DA / NE</p> <hr/> <p>Roditelj ili drugi član obitelji ima priznato pravo na status roditelja njegovatelja ili status njegovatelja za potrebe skrbi o meni.</p> <p style="text-align: center;">DA / NE</p>
<p>VISINA MJESEČNIH PRIHODA ² (Ukupni iznosi mjesečnih prihoda odnose se na mjesec i godinu prijave na javni poziv) - nije potrebno za osobe s invaliditetom</p>	<p>Kako bi se osoba mogla uključiti u projekt visina mjesečnog prihoda ne smije prelaziti za:</p> <p>Samačko kućanstvo (120 % od prosječne starosne mirovine prema HZMO² sa mirovinskim stažem od 40 i više godina)</p> <p>Dvočlano kućanstvo (200% od prosječne starosne mirovine prema HZMO sa mirovinskim stažem od 40 i više godina).</p> <p>Višečlano kućanstvo (300% od prosječne starosne mirovine prema HZMO sa mirovinskim stažem od 40 i više godina).</p> <hr/> <p>Upisati ukupni iznos mjesečnog prihoda u eurima svih članova kućanstva, ovisno o broju članova kućanstva:</p> <p>a) Samačko _____ €</p> <p>b) Dvočlano _____ €</p> <p>c) Višečlano _____ €</p>

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

² Prosječna starosna mirovina za 40 i više godina mirovinskog staža prema ZOMO iznosi 820,00 eura (podatci za siječanj/ isplata u veljači 2024.)

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 _____, _____ godine.

mjesto

datum

Vlastoručni potpis:
