# OBRAZAC ZA ISKAZ INTERESA

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

„ZAŽELI – PREVENCIJA INSTITUCIONALIZACIJE“ SF.3.4.11.01.

**Zaželi 4 - za ljepši život u općini Bizovac, SF.3.4.11.01.0296**

|  |
| --- |
| **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 siječanj 2024. godine iznosi 820,00 € | Kako bi se osoba mogla uključiti u projekt visina mjesečnog prihoda **ne smije prelaziti** za: 1. **Samačko kućanstvo -** 984,00 €

(120 % od prosječne starosne mirovine za 40 i više godina mirovinskog staža prema HZMO). 1. **Dvočlano kućanstvo -** 1.640,00 €

(200% od prosječne starosne mirovine za 40 i više godina mirovinskog staža prema HZMO).1. **Višečlano kućanstvo -** 2.460,00 €

(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)