

**PRIJAVNI OBRAZAC za iskaz interesa**  
**za korištenje usluga potpore i podrške starijim osobama i osobama s invaliditetom**  
*(projekt „I ja želim ljepše sutra...“ – kodni broj: SF.3.4.11.01.0184,*  
*koji se povodi u okviru*  
**Poziva „Zaželi – prevencija institucionalizacije“, broj poziva: SF.3.4.11.01.,**  
**financiran sredstvima Europskog socijalnog fonda plus)**

OPĆI PODACI	
Ime i prezime	
Adresa, kućni broj i mjesto prebivališta	
Datum, godina i mjesto rođenja	
OIB	
Spol	muško <input type="checkbox"/> žensko <input type="checkbox"/>
Status na tržištu rada (zaposlen/nezaposlen/umirovljenik i sl.)	
Razina obrazovanja	
Kontakt podaci (tel./mob.)	

Ja, \_\_\_\_\_ (ime i prezime korisnika),  
pod materijalnom i kaznenom odgovornošću izjavljujem te svojim potpisom potvrđujem,  
da želim biti korisnik/ca prava koja se ostvaruju kroz provedbu projekta Općine Ravna Gora  
pod nazivom „I ja želim ljepše sutra...“ – kodni broj: SF.3.4.11.01.0184,  
a koji se povodi u okviru Poziva „Zaželi – prevencija institucionalizacije“, broj poziva:  
SF.3.4.11.01., te da su da su podaci navedeni u ovom obrascu istiniti/točni i potpuni.

Upoznat/a sam s uvjetima prihvatljivosti korisnika iz Javnog poziva Općine Ravna Gora te su  
mi svi podaci navedeni u izjavi jasni i razumljivi.

Dajem privolu za prikupljanje i obradu osobnih podataka u svrhu provedbe gore navedenog  
projekta.

Da bi osoba bila korisnik/ca usluge potpore i podrške u svakodnevnom životu starijim osobama i osobama s invaliditetom, koje se pružaju u okviru provedbe projekta „I ja želim ljepše sutra...“ – kodni broj: SF.3.4.11.01.0184 (Poziv „Zaželi – prevencija institucionalizacije“, broj poziva: SF.3.4.11.01.) **MORA ispunjavati SVE uvjete za ciljnu skupinu 1. ili SVE uvjete za ciljnu skupinu 2.** kako je niže navedeno:

zaokružiti **DA** ili **NE**

Ciljna skupina 1.	Ciljna skupina 2.
<p>Stariji/a sam od 65 godina (65 godina i više)</p> <p>DA NE</p>	<p>Odrasla sam osoba (18 i više godina) s invaliditetom 3. ili 4. stupnja težine</p> <p>DA NE</p>
<p>Živim u samačkom kućanstvu</p> <p>DA NE</p> <p>Moji ukupni mjesečni prihodi ne prelaze 980,26 eura</p> <p>DA NE</p>	<p>Nisam korisnik/ca iste ili slične usluge financirane iz drugih javnih izvora - usluga pomoći u kući, boravka, organiziranog stanovanja, smještaja, osobne asistencije koju pruža osobni asistent, osobne asistencije koju pruža vodeći pratitelj</p> <p>DA NE</p>
<p>Živim u dvočlanom kućanstvu</p> <p>DA NE</p> <p>Ukupni mjesečni prihodi oba člana kućanstva ne prelaze 1.633,76 eura</p> <p>DA NE</p>	<p>Niti jedan član moje obitelji nema priznato pravo na status roditelja njegovatelja ili status njegovatelja za potrebu skrbi o meni</p> <p>DA NE</p>
<p>Živim u višečlanom kućanstvu</p> <p>DA NE</p> <p>Ukupni mjesečni prihodi višečlanog kućanstva ne prelaze 2.450,64 eura</p> <p>DA NE</p>	<p>Živim u samačkom kućanstvu</p> <p>DA NE</p> <p>Živim u dvočlanom kućanstvu</p> <p>DA NE</p> <p>Živim u višečlanom kućanstvu</p> <p>DA NE</p>
<p>Nisam korisnik/ca iste ili slične usluge financirane iz drugih javnih izvora - usluga pomoći u kući, boravka, organiziranog stanovanja, smještaja, osobne asistencije koju pruža osobni asistent, osobne asistencije koju pruža vodeći pratitelj</p> <p>DA NE</p>	

Mjesto i datum: \_\_\_\_\_ Vlastoručni potpis: \_\_\_\_\_

**Priložena dokumentacija (zaokružiti):**

1. Popunjena te vlastoručno potpisana Izjava o članovima zajedničkog kućanstva
2.
  - a) Za **OSOBE STARIJE OD 65 GODINA (ciljna skupina 1.):**
    1. Preslika osobne iskaznice, putovnice ili dokumenta jednake ili slične vrijednosti iz kojeg je nedvojbeno moguće utvrditi identitet i dob sudionika
    2. 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
    3. Izjava pripadnika ciljne skupine o broju članova kućanstva
    4. Potvrda/Izjava Hrvatskog zavoda za socijalni rad da osoba ne koristi slijedeće usluge: uslugu pomoći u kući, boravka, organiziranog stanovanja, smještaja, organiziranog stanovanja, osobne asistencije koju pruža osobni asistent
  - b) Za **ODRASLE OSOBE S INVALIDITETOM (ciljna skupina 2.):**
    1. Preslika osobne iskaznice, putovnice ili dokumenta jednake ili slične vrijednosti iz kojeg je nedvojbeno moguće utvrditi identitet i dob sudionika
    2. Izjava pripadnika ciljne skupine o broju članova 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 sposobnosti
    4. Potvrda/Izjava Hrvatskog zavoda za socijalni rad da osoba ne koristi slijedeće usluge: uslugu pomoći u kući, boravka, organiziranog stanovanja, smještaja, organiziranog stanovanja, osobne asistencije koju pruža osobni asistent, odnosno da roditelj ili drugi član obitelji nema priznato pravo na status roditelja njegovatelja ili status njegovatelja za brigu o njoj