OBRAZAC - UKLJUČIVANJE U PROJEKT

“ DODIR ISPRUŽENE RUKE“ 4 U OPĆINI BRINJE

Kodni broj: SF.3.4.11.01.0461

Zaželi - prevencija institucionalizacije" Ref.br.: SF.3.4.11.01 financiran sredstvima Europskog socijalnog fonda plus, pod nazivom „DODIR ISPRUŽENE RUKE“, Kodni broj: SF.3.4.11.01.0461

Ja _____,
adresa:_____,

OIB:_____ izjavljujem pod materijalnom i kaznenom odgovornošću, te svojim potpisom potvrđujem, da želim biti korisnik/ca prava ostvarenih iz Programa „Zaželi - prevencija institucionalizacije“ Ref. br.: SF.3.4.11.01.

Upoznat/ta sam sa uvjetima prihvatljivosti korisnika iz poziva te su mi svi podaci navedeni u **izjavi jasni, razumljivi i istiniti**.

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

*Da bi osoba bila korisnik/ca usluge **pružanja usluge potpore i podrške u svakodnevnom životu starijim osobama i osobama s invaliditetom** financirane iz Programa „Zaželi- prevencija institucionalizacije“ Ref.br.: SF.3.4.11.01. MORA ispunjavati SVE uvjete za ciljnu skupinu 1. ili SVE uvjete za ciljnu skupinu 2.*

Ciljna skupina 1.	**Ciljna skupina 2.**
Stariji/ja sam od 65 godina DA NE	Odrasla sam osoba s invaliditetom 3. ili 4. stupnja težine DA
Živim u **samačkom** kućanstvu DA NE Moji ukupni mjesečni prihodi ne prelaze **984,00 €** DA NE	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. DA NE
Živim u **dvočlanom** kućanstvu DA NE Ukupni mjesečni prihodi	Niti jedan član moje obitelji nema priznato pravo na status roditelja njegovatelja ili status njegovatelja za

oba člana kućanstva ne prelaze **1.640,00 €** DA NE	potrebu skrbi o meni DA NE
Živim u **višečlanom** kućanstvu DA NE Ukupni mjesečni prihodi višečlanog kućanstva ne prelaze **2.460, 00 €** DA NE	
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 DA NE	

*(zaokružiti Da ili NE)

Mjesto i datum: _____

Potpis:_____

zaželi
Prevencija institucionalizacije



ESF+
Učinkoviti ljudski potencijali



Sufinancira Europska unija