

OBRAZAC ZA ISKAZ INTERESA

za korištenje potpore i podrške u svakodnevnom životu starijim osobama i osobama s invaliditetom na temelju Ugovora o dodijeli bespovratnih sredstava projekta S.P.A.S. – "Sveobuhvatna Podrška, Asistencija i Skrb za ranjive skupine u Brodsko-posavskoj županiji", kodnog broja: SF.3.4.11.01.0057 u okviru poziva „Zaželi – prevencija institucionalizacije“, sufinanciranog iz Programa Učinkoviti ljudski potencijali 2021.-2027. godine i Europskog socijalnog fonda plus (EFS+).

PODACI O KORISNIKU

IME I PREZIME:			
DATUM ROĐENJA:			
ADRESA:			
OIB:			
KONTAKT BROJ:			
BROJ ČLANOVA KUĆANSTVA (zaokružiti):	1 osoba	2 osobe	3 ili više osoba
U slučaju dvočlanog kućanstva molimo zaokružiti kojoj ciljanoj skupini pripada drugi član kućanstva:	1. isto pripada ciljanoj skupini i to:		2. ne pripada ciljanoj skupini
	a) starija osoba (u dobi od 65 godina i više)		
	b) osoba s invaliditetom 3. ili 4. stupnja (od 18 i više godina)		
Ukoliko stanujete u višečlanom kućanstvu, napišite broj članova kućanstva koji ispunjavaju uvjete ciljane skupine: stariji od 65 godina ili punoljetna osoba koja ima utvrđen treći ili četvrti stupanj težine invaliditeta:			
U slučaju višečlanog kućanstva molimo navesti ime, prezime i OIB članova kućanstva:	1.		
	2.		
	3.		
	4.		
	5.		
Ukupna visina mjesečnih primanja (u eurima):	a) za jednočlano kućanstvo:	b) za oba člana kućanstva:	c) za sve članove kućanstva:

Ako ste korisnik nekih od sljedećih usluga zaokružite slovo ispred:	a) usluga pomoći u kući
	b) boravka
	c) organiziranog stanovanja
	d) smještaja
	e) osobne asistencije koje pruža osobni asistent
	f) čiji roditelj ili drugi član obitelji nema priznato pravo na status roditelja njegovatelja za potrebu skrbi o njoj.

Molimo zaokružiti slovo ispred kategorije pripadnosti ciljne skupine (mogućnost pripadnosti objema kategorijama):

a) Starija osoba (u dobi od 65 godina i više), starosti (navedite broj godina):

b) Osoba s invaliditetom koja ima utvrđen treći ili četvrti stupanj težine invaliditeta, starosti (navedite broj godina):

Kako biste ocijenili svoju razinu samostalnosti u obavljanju kućanskih poslova, održavanju osobne higijene i zadovoljavanju drugih svakodnevnih potreba (Zaokružite ocjenu od 1 - 5)?

1 2 3 4 5

IZJAVA PRIJAVITELJA: Pod materijalnom i kaznenom odgovornošću izjavljujem da su podaci koje sam naveo u ovom obrascu točni te da ispunjavam sve navedene uvjete i svojim potpisom potvrđujem da želim biti korisnik/ica prava ostvarenih iz projekta S.P.A.S. – “Sveobuhvatna Podrška, Asistencija i Skrb za ranjive skupine u Brodsko-posavskoj županiji”, kodnog broja: SF.3.4.11.01.0057 u okviru poziva „Zaželi – prevencija institucionalizacije“, sufinanciranog iz Programa Učinkoviti ljudski potencijali 2021.-2027. godine i Europskog socijalnog fonda plus (EFS+).

U Slavskom Brodu, _____ 2024. godine

Potpis: _____

