**OBRAZAC PRIJAVE KRAJNJIH KORISNIKA**

**za korištenje usluge potpore (pomoći u kući) osobama starije životne dobi i/ili nemoćnim osobama na objavljeni** **Poziv za prijavu krajnjih korisnika u projektu „Kreirajmo kvalitetniji život zajedno II“ (UP.02.1.1.13.0419)**

|  |  |
| --- | --- |
| IME I PREZIME: |  |
| DATUM ROĐENJA: |  |
| ADRESA (s osobne iskaznice):  |  |
| OIB: |  |
| KONTAKT (telefon/mobitel): |  |
| MJESTO I DATUM:  |  |

Prijavljujem se za korištenje usluge potpore (pomoći u kući) osobama starije životne dobi i/ili nemoćnim osobama u sklopu projekta „Kreirajmo kvalitetniji život zajedno II“, broj:UP.02.1.1.13.0419, sufinanciranog iz Europskog socijalnog fonda u sklopu Operativnog programa Učinkoviti ljudski potencijali 2014. – 2020.

Ispunjavam navedene uvjete (*molimo zaokružite* ***sve tvrdnje*** *koje se odnose na Vas*):

1. osoba sam s napunjenih 65 godina ili starija
2. osoba sam mlađa od 65 godina, ali sam:
	1. osoba s invaliditetom
	2. teško pokretna ili nepokretna
	3. teški kronični bolesnik
	4. drugo (navesti)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Za točku 2. uz prijavu dostavljam dokaz (*službeni dokument, npr. za osobe s invaliditetom dostavlja se rješenje o invalidnosti i sl*).

Dodatne informacije:

1. živim u samačkom kućanstvu
2. živim u zajedničkom kućanstvu, ali mi ukućani ne mogu osigurati potrebnu skrb
3. drugo (navesti)

Izjavljujem da ne primam istovrsnu pomoć, odnosno istu uslugu potpore i podrške iz sredstava državnog proračuna ili drugog javnog izvora.

Od oblika pomoći navedenih u Pozivu potrebno mi je:

Suglasan/suglasna sam da mi gerontodomaćice (radnice za pružanje usluga potpore (pomoć u kući) - starijim osobama i/ili nemoćnim osobama) zaposlene na projektu „Kreirajmo kvalitetniji život zajedno II“ pružaju uslugu potpore i podrške u kućanstvu.

Ukoliko ovaj iskaz popunjava osoba koja nije ujedno i korisnik, molimo popuniti sljedeće podatke:

Ime i prezime osobe koja popunjava iskaz interesa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Srodstvo/veza s korisnikom:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kontakt broj:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ostvarujete li pravo na uslugu potpore i podrške po nekoj drugoj osnovi iz sredstava državnog proračuna – putem institucija socijalne skrbi ili udruga civilnog društva, kao što je usluga pomoć u kući, doplatak za pomoć i njegu, usluge asistencije, pratitelja i slično:

**DA / NE**

*(OBVEZNO ZAOKRUŽITI)*

**Pod materijalnom i kaznenom odgovornošću izjavljujem da su podaci u ovoj Prijavi istiniti.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (vlastoručni potpis)