



HRVATSKI CRVENI KRIŽ
GRADSKO DRUŠTVO
CRVENOG KRIŽA
S I S A K

zaželi
Prevenција
institucionalizacije

PRIJAVNI OBRAZAC

za iskaz interesa za korištenje usluge potpore i podrške u
svakodnevnom životu starijim osobama i osobama s invaliditetom

u sklopu projekta „OKRENI PEDALU, POKRENI PROMJENU 4“

(kodni broj: SF.3.4.11.01.0369) financiranog sredstvima Europskog socijalnog fonda plus,

Programa Učinkoviti ljudski potencijali 2021.-2027.

Molimo ispunite obrazac jasno i tiskanim slovima te ga dostavite potpunog (sve četiri stranice).

Za svakog potencijalnog korisnika iz Vašeg kućanstva, potrebno je ispuniti zaseban obrazac.

IME I PREZIME OSOBE koja iskazuje interes: _____

SPOL (zaokružiti): Ž M

OIB: _____

DATUM ROĐENJA: ____ . ____ . ____ .

ADRESA PREBIVALIŠTA: _____

GRADSKA ČETVRT: _____

BROJ TELEFONA/MOBITELA: _____

Koja ste CILJNA SKUPINA? *Zaokružite odgovor.*

- Osoba starija od 65 godina
- Odrasla osoba s invaliditetom

Molimo zaokružite ako trenutno koristite neku od sljedećih socijalnih usluga financiranih iz drugih javnih izvora: *(ako primete pomoć od volontera udruga i drugih osoba koje za to nisu plaćene, zaokružite točku „ne koristim niti jednu od navedenih usluga“)*

- usluga pomoći u kući
- boravka
- organiziranog stanovanja
- smještaja
- osobne asistencije
- osobne asistencije koju pruža videći pratitelj
- ne koristim niti jednu od navedenih usluga



HRVATSKI CRVENI KRIŽ
GRADSKO DRUŠTVO
CRVENOG KRIŽA
S I S A K

zaželi
Prevenција
institucionalizacije

- drugo:

Molimo upišite broj članova Vašeg kućanstva (osobe koje imaju prijavljeno prebivalište ili boravište u Vašem domu): _____

Je li netko od članova Vašeg kućanstva pripadnik ciljne skupine (osoba starija od 65 godina ili odrasla osoba s invaliditetom)? *Zaokružite odgovor.*

DA

NE

Ako ste na prethodno pitanje odgovorili DA, molimo ispunite poseban prijavnii obrazac za tog člana kućanstva.

Koje su Vam usluge potpore i podrške u svakodnevnom životu potrebne? *(možete zaokružiti više odgovora)*

- Organiziranje prehrane
- Obavljanje kućanskih poslova
- Održavanje osobne higijene
- Drugo:

Potpisom pod kaznenom odgovornošću potvrđujete točnost navedenih podataka te dajete suglasnost Hrvatskom Crvenom križu Gradskom društvu Crvenog križa Sisak da Vaše osobne podatke upisane u ovom obrascu dostavi Hrvatskom zavodu za socijalni rad u svrhu provjere korištenja socijalnih usluga (usluga pomoći u kući, boravka, organiziranog stanovanja, smještaja, osobne asistencije koju pruža videći pratitelj).

Vlastoručni potpis: _____

Osoba odgovorna za zastupanje/skrbnik:

Nije potrebno popuniti ako nemate osobu odgovornu za zastupanje/skrbnika.

IME I PREZIME OSOBE: _____

OIB: _____

BROJ TELEFONA/MOBITELA: _____

Potpis: _____



HRVATSKI CRVENI KRIŽ
GRADSKO DRUŠTVO
CRVENOG KRIŽA
S I S A K

zaželi
Prevenција
institucionalizacije

ZAŠTITA OSOBNIH PODATAKA

Ispunjavanjem ovog obrasca dajem suglasnost Hrvatskom Crvenom križu Gradskom društvu Crvenog križa Sisak obradu upisanih podataka u svrhu provedbe projekta „OKRENI PEDALU, POKRENI PROMJENU 4“ (kodni broj: SF.3.4.11.01.0369) financiranog sredstvima Europskog socijalnog fonda plus.

Prijavni obrazac koji ste potpisali koristit će se u svrhu selekcije korisnika za predmetni projekt te kao dokaz da se projektna aktivnost provela. Prijavni obrazac će u fizičkom obliku biti pohranjen u prostorijama Hrvatskog Crvenog križa Gradskog društva Crvenog križa Sisak, a digitalnom obliku (kopirana verzija) dostavit će se Hrvatskom zavodu za zapošljavanje (Posredničko tijelo razine 2) u svrhu projektnog izvještavanja i potraživanja sredstava za provedbu projekta.

Ako budete korisnik projekta, prikupljeni podaci unijet će se u sustav mikropodataka Ministarstva rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike (Posredničko tijelo razine 1). Osim posredničkog tijela razine 2, projektnoj dokumentaciji kao i ovom dokumentu pristup mogu imati i posredničko tijelo razine 1 koje je ujedno i upravljačko tijelo (Ministarstva rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike), tijelo za ovjeravanje, tijelo za plaćanje, tijelo za reviziju, Europska komisija i/ili osobe koje su oni ovlastili.

Vaše informacije neće se dijeliti s pojedincima ili organizacijama izvan Europske unije. Vaši se podaci obrađuju na temelju legitimnog interesa, budući su izjave pripadnika ciljne skupine o provedenoj usluzi neophodne za izvještavanje o utrošenim sredstvima. Svi dokumenti, podaci i fotografije čuvaju se onoliko vremena koliko je to opravdano projektnim ugovorima s donatorima te računovodstvenim i drugim zakonskim pravilima. Za nadzor nad provedbom Opće uredbe o zaštiti podataka u Hrvatskoj nadležna je Agencija za zaštitu osobnih podataka (AZOP). Informacije o ulaganju prigovora na obradu AZOP-u možete pronaći na www.azop.hr



HRVATSKI CRVENI KRIŽ
GRADSKO DRUŠTVO
CRVENOG KRIŽA
S I S A K

zaželi
Prevenција
institucionalizacije

UZ PRIJAVNI OBRAZAC MOLIMO DOSTAVITI DOKAZNU DOKUMENTACIJU:

- Preslika osobne iskaznice, putovnice ili dokumenta jednake ili slične vrijednosti iz kojeg se utvrđuje identitet i dob sudionika
- Izjava pripadnika ciljne skupine o broju članova kućanstva
- Potvrda Porezne uprave o visini dohodka (samo za osobe starije od 65 godina)
- Potvrda o upisu u Registar osoba s invaliditetom ili nalaz i mišljenje Zavoda za vještačenje, profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba s invaliditetom (samo za odrasle osobe s invaliditetom)