**Naziv korisnika: Hrvatski institut za migracije i integracije**

**Broj ugovora: SF.3.4.11.01.0590**

**Naziv projekta: Socijalnim uključivanjem do smanjenja institucionalizacije**

**PRIJAVNI OBRAZAC**

**ZA ISKAZIVANJE INTERESA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ime i prezime** |  |
| **OIB** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Datum rođenja** |  |
| **Adresa** |  |
| **Kontakt***(broj mobitela, e-mail)* |  |
| **Ciljana skupina***(zaokružit)* | 1. Starija osoba (65 godina i više)
2. Osoba s invaliditetom (18 godina i više, III. i IV. stupanj invaliditeta)
 |
| **Vrsta kućanstva***(zaokružit)* | 1. Jednočlano
2. Dvočlano
3. Višečlano, ( *broj članova kućanstva*)
 |
| **Koristite li neke od navedenih usluga** *(zaokružit)* | **1)** usluge pomoći u kući; **2)** usluge organiziranog stanovanja;**3)** usluge boravka; **4)** usluge smještaja; **5)** usluge osobne asistencije koju pružaosobni asistent; **6)** neke druge usluge ;**7)** ništa od navedenog |
| **Ima li Vaš roditelj ili drugi član obitelji priznato pravo na status roditelja njegovatelja ili status****njegovatelja za brigu (popunjavaju osobe s invaliditetom)** | 1. DA
2. NE
 |

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(mjesto i datum). \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(potpis)

Sadržaj dokumenta isključiva je odgovornost Hrvatskog instituta za migracije i integracije



**IZJAVA O ČLANOVIMA ZAJEDNIČKOG KUĆANSTVA**

kojom ja \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, s prebivalištem na adresi

 ime i prezime OIB

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ izjavljujem i vlastoručnim potpisom potvrđujem

 ulica i kućni broj, mjesto

da živim u (zaokružiti):

1. samačkom kućanstvu
2. dvočlanom kućanstvu s \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ime i prezime OIB

1. višečlanom kućanstvu s niže navedenim osobama\*:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Redni broj** | **Ime i prezime člana zajedničkog kućanstva** | **OIB** | **Ciljna skupina** (Osoba starija od 65 godina / Odrasla osoba s invaliditetom) |
| 1 |   |   |   |
| 2 |   |   |   |
| 3 |   |   |   |
| 4 |  |  |  |
| 5 |   |   |   |

\* Napomena: u višečlanom kućanstvu svi članovi kućanstva moraju biti pripadnici ciljnih skupina poziva Zaželi–prevencija institucionalizacije

Upoznat/a sam da zajedničko kućanstvo čini zajednica osoba koje zajedno žive i podmiruju troškove života, te da nije prihvatljivo živjeti u istom kućanstvu s osobom koja mi pruža uslugu.

Pod materijalnom i kaznenom odgovornošću izjavljujem i vlastoručnim potpisom potvrđujem da su podaci navedeni u ovoj izjavi točni i potpuni te ovlašćujem nadležne da iste imaju pravo provjeravati, obrađivati, čuvati i upotrebljavati u skladu sa Zakonom o zaštiti osobnih podataka i drugim važećim propisima.

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 mjesto datum potpis