

UDRUGA ZA RAZVOJ I BOLJI ŽIVOT ROMA  
Capraške Poljane 80, 44 000 Sisak  
OIB: 94973674796  
Broj telefona: 091 585 7501  
e-mail: rnikolic576@gmail.com

### OBRAZAC PRIJAVE I PRIVOLE

za iskaz interesa za korištenje potpore i podrške osobama starije  
životne dobi i odraslim osobama s invaliditetom u sklopu projekta  
„Zaželi“, SF.3.4.11.01.0360

#### DIO 1 – popunjavaju svi korisnici

##### 1. Opće informacije

Ime i prezime	
OIB	
Datum rođenja	
Adresa prebivališta (ulica, kućni broj i mjesto)	
Kontakt broj telefona ili mobitela	

##### 2. Ciljne skupine

Označite ciljnu skupinu kojoj pripadate (ukoliko pripadate obama skupinama, označite obje):	<input type="checkbox"/> I. Osoba starija od 65 godina
	<input type="checkbox"/> II. Odrasla osoba s invaliditetom (treći ili četvrti stupanj težine invaliditeta)

##### **Pojašnjenje ciljnih skupina:**

- Osobe starije od 65 godina je osoba koja ima 65 ili više godina na dan ulaska u projektnu aktivnost, uz zadovoljavanje ostalih uvjeta prihvatljivosti iz Javnog poziva;
- Odrasla osoba s invaliditetom je osoba koja ima 18 ili više godina na dan ulaska u projektnu aktivnost, koja ima utvrđen treći ili četvrti stupanj težine invaliditeta – oštećenja funkcionalnih

sposobnosti prema propisima o vještačenju i metodologijama vještačenja, uz zadovoljavanje ostalih uvjeta prihvatljivosti iz Javnog poziva.

### 3. Broj članova kućanstva:

Označite broj članova kućanstva (možete označiti samo jedan odabir)	<input type="checkbox"/> Samačko
	<input type="checkbox"/> Dvočlano, u kojem samo jedan član kućanstva pripada ciljnoj skupini
	<input type="checkbox"/> Dvočlano, u kojem oba člana kućanstva pripadaju ciljnim skupinama
	<input type="checkbox"/> Višečlano, u kojem svi članovi kućanstva pripadaju ciljnim skupinama

**Pojašnjenje pojma kućanstvo:** Kućanstvo je zajednica osoba koje zajedno žive i podmiruju troškove života (članak 15., Zakon o socijalnoj skrbi, NN, br. 18/22, 46/22, 119/22, 71/23).

Navedite broj članova kućanstva ukoliko pripadate višečlanom kućanstvu (popunjavaju samo prijavitelji koji su naznačili da su članovi višečlanog kućanstva)	
--	--

**NAPOMENA:** Na dvočlano kućanstvo se ne primjenjuje uvjet da obje osobe u kućanstvu moraju biti pripadnici ciljne skupine. U slučaju da nisu, pružanje usluge je prihvatljivo samo za onu osobu koja je pripadnik ciljne skupine. U slučaju da jesu, svaki član podnosi zasebnu prijavu. Također, u višečlanom kućanstvu u kojem svi članovi kućanstva pripadaju ciljnim skupinama, svaki član podnosi zasebnu prijavu.

### 4. Istovremeno korištenje usluga

Koristite li istovremeno sljedeće usluge: usluga pomoći u kući, boravka, organiziranog stanovanja, smještaja, osobne asistencije koju pruža osobni asistent? (označite samo jedan odabir)	<input type="checkbox"/> DA (ukoliko označite ovo, niste prihvatljiv prijavitelj na Javnom pozivu)
	<input type="checkbox"/> NE

Je li istovjetna usluga potpore i podrške koja je navedena u Javnom pozivu ( <b>organiziranje prehrane, obavljanje kućanskih poslova, zadovoljavanje drugih svakodnevnih potreba</b> ) za Vas osigurana iz sredstava državnog proračuna ili drugog javnog izvora? <i>(označite samo jedan odabir)</i>	<input type="checkbox"/> DA <i>(ukoliko označite ovo, niste prihvatljiv prijavitelj na Javnom pozivu)</i>
	<input type="checkbox"/> NE

## 5. Ukupni mjesečni prihodi kućanstva

### **POPUNJAVAJU:**

- **osobe starije od 65 godina u samačkom, dvočlanom i višečlanom kućanstvu;**
- **odrasle osobe s invaliditetom koje su u kućanstvu s osobom starijom od 65 godina.**

Ukupni mjesečni prihodi kućanstva u veljači 2024. godine, u EUR <i>(ukupno, zbroj za sve članove kućanstva)</i>	
--	--

**Pojašnjenje pojma prihodi:** prihodi su novčana sredstva ostvarena po osnovi rada, mirovine, primitka od imovine ili na neki drugi način, primjerice primitak od udjela u kapitalu, kamate od štednje i sl. ostvareni u tuzemstvu i inozemstvu, umanjeni za iznos uplaćenog poreza i prireza (prema Zakonu o socijalnoj skrbi (NN. br. 18/22, 46/22, 119/22, 71/23)).

## DIO 2 – popunjavaju odrasle osobe s invaliditetom

### 6. Status roditelja njegovatelja ili status njegovatelja

Ima li Vaš roditelj ili drugi član obitelji priznato pravo na status roditelja njegovatelja ili status njegovatelja za potrebu skrbi o Vama?  (označite samo jedan odabir)	<input type="checkbox"/> DA (ukoliko označite ovo, niste prihvatljiv prijavitelj na Javnom pozivu)
	<input type="checkbox"/> NE

## DIO 3 – PRILOŽENA DOKUMENTACIJA

**Napomena:** u slučaju da pripadate u obje skupine, dostavite dokumentaciju za obje skupine.

<b>I. CILJNA SKUPINA</b> <b><u>POPUNJAVAJU OSOBE STARIJE OD 65 GODINA</u></b> <b>OBVEZNA DOKUMENTACIJA – OZNAČITE ŠTO PRILAŽETE PRIJAVI</b>	
Preslika osobne iskaznice (obostrana), putovnice ili dokumenta jednake ili slične vrijednosti iz kojeg je nedvojbeno moguće utvrditi identitet, dob i OIB sudionika	<input type="checkbox"/>
Izjava pripadnika ciljne skupine o broju članova kućanstva – ispunjena i potpisana	<input type="checkbox"/>
Izjava suglasnosti da Udruga za razvoj i bolji život Roma ishodi potvrdu o visini dohodaka i primitaka iz Porezne uprave za sudionike – ispunjena i potpisana	<input type="checkbox"/>

<b>II. CILJNA SKUPINA</b> <b><u>POPUNJAVAJU ODRASLE OSOBE S INVALIDITETOM</u></b> <b>OBVEZNA DOKUMENTACIJA – OZNAČITE ŠTO PRILAŽETE PRIJAVI</b>	
Preslika osobne iskaznice (obostrana), putovnice ili dokumenta jednake ili slične vrijednosti iz kojeg je nedvojbeno moguće utvrditi identitet, dob i OIB sudionika	<input type="checkbox"/>
Izjava pripadnika ciljne skupine o broju članova kućanstva – ispunjena i potpisana	<input type="checkbox"/>

Izjava suglasnosti da Udruga za razvoj i bolji život Roma ishodi potvrdu o visini dohodaka i primitaka iz Porezne uprave za sudionike – ispunjena i potpisana	<input type="checkbox"/>
Preslika Potvrde o upisu u Registar osoba s invaliditetom iz koje je vidljivo da osoba ima oštećenje trećeg ili četvrtog stupnja težine invaliditeta – oštećenja funkcionalnih sposobnosti ili nalaz i mišljenje Zavoda za vještačenje, profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba s invaliditetom u kojem je naveden treći ili četvrti stupanj težine invaliditeta – oštećenja funkcionalnih sposobnosti	<input type="checkbox"/>

Ukoliko ovaj iskaz popunjava osoba koja nije ujedno i sudionik (prijavitelj, pripadnik ciljne skupine), molimo popuniti sljedeće podatke:

Ime i prezime osobe koja je popunila Obrazac u ime sudionika	
Srodstvo / veza sa sudionikom	
Kontakt broj	

Pod materijalnom i kaznenom odgovornošću izjavljujem da su podaci navedeni u ovom obrascu za iskaz interesa istiniti i da ću prihvatiti osobu koja će mi kroz projekt „Zaželi“ pružati uslugu.

Nadalje, Izjavljujem da sam suglasan da se moji osobni podaci dani prilikom prijave/uključenja u projekt „Zaželi“ SF.3.4.11.01.0360 sufinanciranog iz Europskog socijalnog fonda plus u sklopu Programa Učinkoviti ljudski potencijali 2021. – 2027., kao i podaci iz dokumentacije i mojih osobnih dokumenata kojima dokazujem ispunjenje uvjeta za pripadnost krajnjem korisniku projekta koriste u svrhu provedbe projekta, odnosno da se isti prikupljaju i obrađuju od strane nositelja projekta Udruge za razvoj i bolji život Roma te da se ustupe, u svrhu izvještavanja o projektu Posredničkom tijelu razine 1 i Posredničkom tijelu 2 isključivo u svrhu provedbe projekta „Zaželi“ SF.3.4.11.01.0360, da me se fotografira i snima tijekom razdoblja provedbe projekta „Zaželi“ SF.3.4.11.01.0360 te da se fotografije i snimke na kojima se nalazim koriste u svrhu javne komunikacije nositelja projekta s javnošću, putem objava na službenoj internetskoj stranici nositelja i partnera u projektu, na društvenim mrežama, kao i objava u medijima (novine, radio, TV). Upoznat sam da privola o prikupljanju i obradi osobnih podataka vrijedi u razdoblju tijekom trajanja Projekta i nakon završetka Projekta, onoliko dugo koliko je potrebno u svrhe radi koje se osobni podaci obrađuju.

Prikupljeni osobni podaci čuvaju se sukladno Općoj uredbi o zaštiti podataka (Uredba (EU) 2016/679 Europskog parlamenta i Vijeća od 27. travnja 2016.) i Zakonu o provedbi Opće uredbe o zaštiti podataka (Narodne novine 42/2018.) te će isti nakon isteka rokova propisanim zakonom, internim aktima organizacije nositelja i rokova utvrđenih ovom izjavom biti izbrisani.

U \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ godine  
(mjesto) (datum)

\_\_\_\_\_  
(potpis)