**OBRAZAC PRIJAVE ZA KORISNIKE**

Ime i prezime: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OIB: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kontakt tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PREDMET: PRIJAVA OSOBA ZA KORIŠTENJE USLUGA POMOĆI I PODRŠKE U KUĆANSTVU STARIJIM I NEMOĆNIM OSOBAMA U OKVIRU PROJEKTA „ZAŽELI U KALIMA“,** **KODNI BR.UP.02.1.1.13.0204**

Zainteresiran/a sam za korištenje besplatne usluge potpore i podrške osobama starije životne dobi u nepovoljnom položaju i ispunjavam navedene uvjete ***(zaokružite tvrdnje koje se odnose na Vas)***:

1. Osoba sam stara 65 godina ili starija;
2. Osoba sam mlađa od 65 godina, ali teško pokretna ili nepokretna, odnosno imam nužnu
3. potrebu za pomoć u kućanstvu;
4. Osoba sam s invaliditetom;
5. Živim u samačkom kućanstvu;
6. Živim u zajedničkom kućanstvu, ali mi ukućani nisu u mogućnosti osigurati potrebnu skrb;
7. Ne ostvarujem pravo na predmetnu uslugu potpore i podrške osigurane iz sredstva Državnog
8. proračuna ili drugog javnog izvora;
9. Prihodi koje ostvarujem nisu dostatni za samostalno pokrivanje troškova podrške.

Pod materijalnom i kaznenom odgovornošću izjavljujem da su podaci u prijavi istiniti te da ću prihvatiti osobu koja će mi kroz projekt „Zaželi u Kalima“ pružati usluge potpore i podrške.

Suglasan sam da Općina Kali u sklopu projekta prikuplja i obrađuje gore navedene osobne podatke i prosljeđuje ih trećoj strani samo u svrhu za koju su prikupljeni, a sukladno Zakonu o provedbi opće uredbe o zaštiti podataka ( NN 42/2018).

U Kalima, dana \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020.

Podnositelj/ica zahtjeva

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