

PRIJAVA INTERESA ZA PRIMANJE USLUGA PROGRAMA POMOĆI U KUĆI

UPUTA ZA ISPUNJAVANJE:

• Molimo Vas da pažljivo pročitate tekst prije popunjavanja i odgovorite na sva pitanja koja se odnose na Vas i članove Vaše obitelji, te uz zahtjev priložite potrebnu dokumentaciju.

• Sva polja su obavezna, u suprotnom, prijava će se smatrati nepotpunom i neće se uzeti na razmatranje

• Sve informacije su povjerljive i služe isključivo za prikupljanje podataka i odabir korisnika za primanje usluga potpore i podrške osigurane kroz provedbu programa pomoći u kući, u sklopu provedbe projekta „Zaželi i ostvari“ koji se financira iz Europskog socijalnog fonda, Operativnog programa Učinkoviti ljudski potencijali 2014.-2020., te se kao takve ne mogu koristiti ni za što drugo.

1. Ime i prezime: _____

2. Adresa stanovanja i telefon: _____

3. Datum i godina rođenja: _____

OIB: _____

***Priložite kopiju osobne iskaznice**

4. Da li živite sami DA NE: Ako je Vaš odgovor DA preskočite pitanje broj 5.



Projekt je sufinancirala Europska unija iz Europskog socijalnog fonda.

5. Navedite ime i prezime članova kućanstva te prosječne prihode svih punoljetnih osoba koji ih ostvaruju (plaća, mirovina i slično):

Molimo Vas da priložite potvrdu o vrsti i visini prihoda (odrezak mirovine, platnu listu i sl.)

a) _____, _____ kn mjesečno
(ime i prezime člana) (prihod)

b) _____, _____ kn mjesečno
(ime i prezime člana) (prihod)

c) _____, _____ kn mjesečno
(ime i prezime člana) (prihod)

d) _____, _____ kn mjesečno
(ime i prezime člana) (prihod)

6. Da li imate djecu, skrbnike i gdje žive (adresa i telefon):

7. Zdravstveno stanje podnositelja zahtjeva (navesti vrstu bolesti/ stupanj invalidnosti)



Projekt je sufinancirala Europska unija iz Europskog socijalnog fonda.

***priložite kopiju medicinske dokumentacije (nalaze, otpusna pisma, povijest bolesti i sl.)**

8. Podnositelj zahtjeva za pomoć u kući je:

a) pokretna osoba

b) polupokretna osoba(kretanje uz pomoć pomagala)

c) nepokretna osoba

9. Ime izabranog liječnika opće medicine: _____

10. Primate li mirovinu / druge prihode (koje) i iznos:

***priložite kopiju odreska od mirovine, potvrdu naknade CZSS za prethodni mjesec**

11. Ostvarujete li neki drugi oblik skrbi (npr. Pomoć i njegu u kući od strane CZSS ili osobnog asistenta putem neke udruge, Ugovor o dosmrtnom/doživotnom uzdržavanju), navedite koji:

12. Koje usluge pomoći u kući su Vam potrebne:



Projekt je sufinancirala Europska unija iz Europskog socijalnog fonda.

- a) Obavljanje kućnih poslova (pripremanje obroka, pranje posuđa, pospremanje stambenog prostora, donošenje vode i ogrjeva, organiziranje pranja i glačanja rublja, i dr.)
- b) Održavanje osobne higijene (pomoć u oblačenju i svlačenju, kupanju i obavljanju drugih higijenskih potreba i dr.)
- c) Socijalna integracija - podrška krajnjim korisnicima kroz razgovore i druženje te uključivanje u društvo, pratnju i pomoć u raznim društvenim aktivnostima
- d) Posredovanje u ostvarivanju raznih prava (dostava namirnica, dostava računa, dostava pomagala, lijekova, plaćanje računa i sl.)

Pod punom materijalnom i kaznenom odgovornošću izjavljujem i vlastoručnim potpisom potvrđujem da su svi podaci navedeni u ovoj Prijavi i priloženoj dokumentaciji točni i potpuni, te ovlašćujem primatelja ove prijave Grad Pleternicu da isto ima pravo provjeravati, obrađivati, čuvati i koristiti u skladu sa Zakonom o zaštiti osobnih podataka i drugim važećim propisima, a u svrhu korištenja predmetnih socijalnih usluga.

U _____, _____ 2022.

Potpis podnositelja prijave:



Projekt je sufinancirala Europska unija iz Europskog socijalnog fonda.