**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 – faza IV“ koji se financira iz Europskog socijalnog fonda plus, Programa Učinkoviti ljudski potencijali 2021.-2027., te se kao takve ne mogu koristiti ni za što drugo.

|  |  |
| --- | --- |
| **Ime i prezime** |  |
| **Adresa stanovanja i telefon** |  |
| **Datum i godina rođenja** |  |
| **OIB** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Živite li sami? *(zaokružite točnu tvrdnju)* | **DA NE** |
| Koliko osoba živi u kućanstvu? *(zaokružite točnu tvrdnju)*  | **1 2 3 ili više: \_\_\_\_\_** |
| Koliko osoba u vašem kućanstvu je starije od 65 godina uključujući podnositelja zahtjeva *(zaokružite točnu tvrdnju)*  | **1 2 3 ili više: \_\_\_\_\_** |
| Jeste li osoba s invaliditetom?*(zaokružite točnu tvrdnju)*   | **DA NE** |
| Kao osoba s invaliditetom živite *(zaokružite točnu tvrdnju)* | 1. **U samačkom kućanstvu**
2. **U dvočlanom kućanstvu**
3. **Višečlanom kućanstvu**
 |
| Podnositelj zahtjeva za pomoć u kući je:*(zaokružite točnu tvrdnju)*  | 1. **Pokretna osoba**
2. **Polupokretna osoba (kretanje uz pomoć pomagala)**
3. **Nepokretna osoba**
 |
| Koje usluge pomoći u kući su Vam potrebne:*(zaokružite točnu tvrdnju)*  | 1. **Organiziranje prehrane**-pomoć u pripremi obroka, pomoć u nabavi hrane i dr.
2. **Obavljanje kućanskih poslova**-pranje posuđa, pospremanje stambenog prostora, donošenje vode, ogrijeva i slično, organiziranje pranja i glačanja rublja, nabava lijekova i drugih potrepština
3. **Održavanje osobne higijene**-pomoć u oblačenju i svlačenju, u kupanju i obavljanju drugih higijenskih potreba
4. **Zadovoljavanje drugih svakodnevnih potreba**
 |
| Imate li nekoga od obitelji u mjestu u kojem živite?*(zaokružite točnu tvrdnju)*  | **DA NE** |

*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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2024. Potpis podnositelja prijave:

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