PRIJAVNI OBRAZAC

ZA SUDJELOVANJE U PROJEKTU „INOVATIVNE SOCIJALNE USLUGE – ODMOR OD SKRBI (PILOT PROJEKT)“, ODMOR U VAŠEM DANU, SF.6.4.11.01.0035

|  |
| --- |
| PODACI O SUDIONIKU |
| IME I PREZIME |  |
| DATUM ROĐENJA |  |
| ADRESA |  |
| OIB |  |
| KONTAKT BROJ |  |
| IME I PREZIME RODITELJA NJEGOVATELJA/NJEGOVATELJA |  |
| OIB RODITELJA NJEGOVATELJA/NJEGOVATELJA |  |
| IMAM PRIZNATO PRAVO NA STATUS RODITELJA NJEGOVATELJA ILI NJEGOVATELJA ZA SKRB O DJETETU/DJECI S TEŠKOĆAMA ILI OSOBI/OSOBAMA S INVALIDITETOM (zaokružiti) | DA / NE |
| IMAM POTVRDU HZZSR DA DIJETE S TEŠKOĆAMA ODNOSNO OSOBA S INVALIDITETOM NIJE KORISNIK USLUGE POLUDNEVNOG BORAVKA ODNOSNO VEĆ NE KORISTI USLUGU OSOBNE ASISTENCIJE (zaokružiti) | DA / NE |
| NAPISATI KOJU TEŠKOĆU DIJETE IMA ILI KOJI INVALIDITET OSOBA IMA – koja je dijagnoza |  |
| DOB DJETETA S TEŠKOĆAMA ILI OSOBE S INVALIDITETOM  |  |

Izjavljujem pod punom materijalnom i kaznenom odgovornošću da su navedeni podaci točni te da sam sukladno UREDBI (EU) 2016/679 Europskog parlamenta i Vijeća o zaštiti osobnih podataka upoznat kako se moji osobni podaci/podaci o korisniku prikupljaju i obrađuju u svrhu izrade i podnošenja projektnog prijedloga, provedbe postupka dodjele bespovratnih sredstava, sklapanja i izvršavanja ugovora o dodjeli bespovratnih sredstava, provedbe revizije postupaka odabira, postupka dodjele bespovratnih sredstava i izvršenja ugovora o dodjeli bespovratnih sredstava te u svrhu provođenja vrednovanja provedbe Programa „Učinkoviti ljudski potencijali 2021.-2027.) i da se za druge potrebe neće koristiti.

Ovom izjavom dajem suglasnost Hrvatskom zavodu za socijalni rad da provjeri podatke o sljedećim uslugama, odnosno da nisam korisnik/ica istih: usluga poludnevnog boravka, osobne asistencije koju pruža osobni asistent.

U 202 . godine.

Potpis:

Projekt je sufinancirala Europska unija iz Europskog socijalnog fonda plus

Sadržaj ovog materijala isključiva je odgovornost Udruge Ivana Perkovca

Više informacija na www.strukturnifondovi.hr i www.esf.hr

