**OBRAZAC ZA ISKAZ INTERESA ZA KORIŠTENJE POTPORE I PODRŠKE U SVAKODNEVNOM ŽIVOTU STARIJIM OSOBAMA I OSOBAMA S INVALIDITETOM U OKVIRU POZIVA NA DOSTAVU PROJEKTNIH PRIJEDLOGA „ZAŽELI – PREVENCIJA INSTITUCIONALIZACIJE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | PODACI – 1. KORISNIK*(nositelj kućanstva)* |  PODACI – 2. KORISNIK*(član kućanstva – ukoliko je primjenjivo)* |
| IME I PREZIME |  |  |
| DATUM ROĐENJA |  |  |
| OIB |  |  |
| ADRESA |  |  |
| KONTAKT BROJ |  |  |
| VISINA MJESEČNIHPRIMANJA *(samačka ili dvočlana kućanstva; iskazana u eurima)* |  |  |
| OZNAČITI PRIPADNOST KATEGORIJI CILJNE SKUPINE 1. KORISNIKA*(nositelj kućanstva; moguće je označiti obje kategorije)* |
|  Starija osoba (u dobi od 65 godina i više) |
|  Odrasla osobe s invaliditetom (18 i više godina) |

Izjavljujem pod punom materijalnom i kaznenom odgovornošću da su navedeni podaci točni te da sam sukladno UREDBI (EU) 2016/679 Europskog parlamenta i Vijeća od 27. travnja 2016. o zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i o slobodnom kretanju takvih podataka te o stavljanju izvan snage Direktive 95/46/EZ (Opća uredba o zaštiti podataka), upoznat/a 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.

U Varaždinu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2024. godine

Vlastoručni potpis 1. korisnika
(nositelj kućanstva)

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

Vlastoručni potpis 2. korisnika
(član kućanstva)

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