



HRVATSKI CRVENI KRIŽ
DRUŠTVO CRVENOG KRIŽA
VARAŽDINSKE ŽUPANIJE
Pavlinska ulica 8, Varaždin
OIB: 06163051095 ; Tel: +38542320411
IBAN: HR7423600001102246025
Mail: ured.dckvzd@gmail.com
www.dck-vz.hr



HUMANOST NEPRISTRANOST NEUTRALNOST NEZAVISNOST DRAGOVOLJNOST JEDINSTVO UNIVERZALNOST
www.dck-vz.hr mail ravnatelj: ravnatelj.dckvz@gmail.com / mail za e-račune: dckvz.racunovodstvo@gmail.com
OIB: 06163051095 / Matični broj: 00935956 / IBAN: HR7423600001102246025

Prijavni obrazac za sudjelovanje u projektu „Omogućimo život u vlastitom domu“ Kodni broj: SF.3.4.11.01.0178 za ostvarivanje prava na pružanje usluge potpore i podrške u svakodnevnom životu

IME I PREZIME	
DATUM ROĐENJA	
ADRESA	
OIB	

Prijavljujem se za sudjelovanje u projektu „Omogućimo život u vlastitom domu“ SF.3.4.11.01.0178 za pružanje usluge potpore i podrške u svakodnevnom životu.

Molimo zaokružiti jednu od sljedećih tvrdnji:

- Osoba sam starija od 65 godina
- Osoba sam s invaliditetom s navršenih 18 i više godina (Potvrda o upisu u Registar osoba s invaliditetom iz koje je vidljivo da osoba ima oštećenje trećeg ili četvrtog stupnja težine invaliditeta – oštećenja funkcionalnih sposobnosti ili nalaz i mišljenje Zavoda za vještačenje, profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba s invaliditetom u kojem je naveden treći ili četvrti stupanj težine invaliditeta – oštećenja funkcionalnih sposobnost

Uz ovaj obrazac za prijavu prilažem dokumentaciju (Molimo zaokružiti):

1.	Preslika osobne iskaznice, putovnice ili dokumenta jednake ili slične vrijednosti iz kojeg je nedvojbeno moguće utvrditi identitet i dob sudionika
2.	Potvrda Porezne uprave o visini dohodaka i primitaka za zadnji dostupni mjesec koji je dostupan u evidenciji Porezne uprave
3.	Izjava o broju članova kućanstva
4.	Potvrda o upisu u Registar osoba s invaliditetom iz koje je vidljivo da osoba ima oštećenje trećeg ili četvrtog stupnja težine invaliditeta – oštećenja funkcionalnih sposobnosti ili nalaz i mišljenje Zavoda za vještačenje, profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba s invaliditetom u kojem je naveden treći ili četvrti stupanj težine invaliditeta – oštećenja funkcionalnih sposobnosti (broj 4. zaokružiti samo ako ste osoba s invaliditetom koja može dostaviti traženu Potvrdu ili Nalaz ili mišljenje koji su gore navedeni)

Sadržaj ovog obrasca isključiva je odgovornost Hrvatskog Crvenog križa Društva Crvenog križa Varaždinske županije.

U Varaždinu, _____
(upisati datum)

Vlastoručni potpis: _____



Sufinancira
Europska unija

Projekt je sufinancirala Europska unija iz Europskog socijalnog fonda plus.
Sadržaj ovog dokumenta isključiva je odgovornost Društva Crvenog križa Varaždinske županije.