

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ  
ΑΝΑΓΚΕΣ ΔΗΜΟΥ ΑΧΑΡΝΩΝ  
«ΑΡΩΓΗ» Ν.Π.Δ.Δ.  
Μπόσκιζας & Πλαταιών 23<sup>Α</sup>  
Αχαρνές 13679  
Τηλ.: 210 2404444  
Fax : 210 2404443  
Kdap.arogi@gmail.com**

**Ημερομηνία υποβολής...../...../2021  
Αριθ. Πρωτ.....**

**Αίτηση Συμμετοχής ωφελούμενου στην Πράξη που περιλαμβάνει τα κάτωθι Υποέργα:**

- Υποέργο (1) «Επιχορήγηση Λειτουργίας Στέγης Υποστηριζόμενης Διαβίωσης ΣΥΔ – στο Δήμο Αχαρνών, αφορά στη λειτουργία του Βαμβακάρειου Ξενώνα Α' Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες «ΑΡΩΓΗ», εννέα (9) ατόμων της Πράξης «ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΤΕΓΩΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΖΟΜΕΝΗΣ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ (Σ.Υ.Δ) ΣΤΟ ΔΗΜΟ ΑΧΑΡΝΩΝ» με κωδικό ΟΠΣ (MIS) 5070653.
- Υποέργο (2) «Επιχορήγηση Λειτουργίας Στέγης Υποστηριζόμενης Διαβίωσης ΣΥΔ – στο Δήμο Αχαρνών, αφορά στη λειτουργία του Βαμβακάρειου Ξενώνα Β' Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες «ΑΡΩΓΗ», εννέα (9) ατόμων της Πράξης «ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΤΕΓΩΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΖΟΜΕΝΗΣ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ (Σ.Υ.Δ) ΣΤΟ ΔΗΜΟ ΑΧΑΡΝΩΝ» με κωδικό ΟΠΣ (MIS) 5070653.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΜΕΣΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ						
ΕΠΩΝΥΜΟ						
ΟΝΟΜΑ						
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ						
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ						
ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ						
ΑΦΜ						
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ						
ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ						
ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ	ΝΟΜΟΣ		ΔΗΜΟΣ		ΠΟΛΗ	
	ΟΔΟΣ		ΑΡΙΘΜΟΣ		ΤΚ	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ	FAX		e-mail			



Ευρωπαϊκή Ένωση  
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ  
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ  
ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ – ΔΙΚΑΣΤΙΚΟΥ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΤΗ					
ΕΠΩΝΥΜΟ					
ΟΝΟΜΑ					
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ					
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ					
ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ					
ΑΦΜ					
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ					
ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗΣ (εφόσον υπάρχει)					
ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ	ΝΟΜΟΣ		ΔΗΜΟΣ		ΠΟΛΗ
	ΟΔΟΣ		ΑΡΙΘΜΟΣ		ΤΚ
ΤΗΛΕΦΩΝΟ		FAX		e-mail	

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΩ		
1.	Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου.	
2.	Ληξιαρχική Πράξη Γέννησης.	
3.	Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης.	
4.	Πρόσφατες Φωτογραφίες (3)	
5.	Ιατρικό ιστορικό (γνωματεύσεις και πιστοποιητικά υγείας) που τεκμηριώνει την αδυναμία αυτόνομης διαβίωσης χωρίς κατάλληλη υποστήριξη.	
6.	Γνωμάτευση Προσδιορισμού Ποσοστού Αναπηρίας από Κ.Ε.Π.Α.	
7.	Βεβαίωση Κοινωνικής Έρευνας, η οποία συντάσσεται από Κοινωνικό Λειτουργό δημόσιου νοσοκομείου ή του ευρύτερου δημόσιου τομέα ή μέλους του ΣΚΛΕ με άδεια άσκησης επαγγέλματος.	
8.	Εάν το άτομο που είναι επιφορτισμένο με τη φροντίδα του συγκεκριμένου ωφελούμενου (γονέας/κηδεμόνας) είναι άνεργος/η, απαιτείται αντίγραφο της κάρτας ανεργίας του ΟΑΕΔ.	
9.	Εάν το άτομο που είναι επιφορτισμένο με τη φροντίδα του συγκεκριμένου ωφελούμενου (γονέας/κηδεμόνας) ή άλλο μέλος της οικογένειας ανήκει στην ομάδα των ΑμΕΑ, απαιτείται αντίγραφο/α βεβαίωσης πιστοποίησης της αναπηρίας του/τους εν ισχύ.	
10.	Πιστοποιητικό ασφαλιστικής ικανότητας (βεβαίωση ΑΜΚΑ).	
11.	Αντίγραφο ή εκτύπωση του ατομικού ή οικογενειακού εκκαθαριστικού σημειώματος εφόσον το άτομο υποχρεούται να έχει καταθέσει φορολογική δήλωση, ή σχετική υπεύθυνη δήλωση σε περίπτωση που δεν υποχρεούται.	



Ευρωπαϊκή Ένωση  
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ  
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ  
ΑΤΤΙΚΗΣ



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

## ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Αιτούμαι και υποβάλω συνημμένα δικαιολογητικά για την παροχή υπηρεσιών για τον / την ωφελούμενο / ωφελούμενη .....  
....., που εκπροσωπώ, ως Γονέας/Κηδεμόνας/Δικαστικός Συμπαραστάτης, από τη Δομήσας, Κέντρο Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες στον Άξονα Προτεραιότητας «Προώθηση της Κοινωνικής Ένταξης και Καταπολέμηση της Φτώχειας και Διακρίσεων – Διασφάλιση της Κοινωνικής Συνοχής» του Ε.Π. «Αττική» της Πράξης: «ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΤΕΓΩΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΖΟΜΕΝΗΣ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ (ΣΥΔ) ΣΤΟ ΔΗΜΟ ΑΧΑΡΝΩΝ με Κωδικό ΟΠΣ5070653

Με την παρούσα αίτηση, δηλώνω επίσης ότι αποδέχομαι να χρησιμοποιούνται τα στοιχεία τα οποία υποβάλλονται μόνο για τον σκοπό τον οποίο ζητήθηκαν, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 4624/2019 περί προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.

**Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΑΙΤΟΥΣΑ**

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ**



Ευρωπαϊκή Ένωση  
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ  
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ  
ΑΤΤΙΚΗΣ



**Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης**