



Σύλλογος Γονέων και Φίλων Αυτιστικών Ατόμων Αναγέννηση

Ταχ. Δ/ση: Μεγάλου Αλεξάνδρου 52 Μαρούσι ΤΚ 15124

Τηλ. 2108322477

E-mail: anagennisi03@yahoo.gr

Ιστοσελίδα: www.anagennisi-autismos.gr

Ημερομηνία Υποβολής :/...../.....

Αριθ. Πρωτ. :

(συμπληρώνεται από το Φορέα)

Αίτηση Συμμετοχής ωφελούμενου στην Πράξη με τίτλο «ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ 2 ΣΤΕΓΩΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΖΟΜΕΝΗΣ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ 8 ΑΥΤΙΣΤΙΚΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΑΝΑΓΕΝΝΗΣΗ 1 ΚΑΙ ΑΝΑΓΕΝΝΗΣΗ 2» με κωδικό ΟΠΣ (MIS) 5070895

Υποέργο (2) «Επιχορήγηση Λειτουργίας Στέγης Υποστηριζόμενης Διαβίωσης Αναγέννηση 2 στο Μαρούσι, τεσσάρων (4) ατόμων με αυτισμό» της πρόσκλησης με κωδικό ΟΠΣ (MIS) 5070895.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΜΕΣΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ						
ΕΠΩΝΥΜΟ						
ΟΝΟΜΑ						
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ						
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ						
ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ						
ΑΦΜ						
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ						
ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗΣ (εφόσον υπάρχει)						
ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ	ΝΟΜΟΣ		ΔΗΜΟΣ		ΠΟΛΗ	
	ΟΔΟΣ		ΑΡΙΘ.		ΤΚ	



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης.



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.	Βεβαιώσεις εγγραφής σε ασφαλιστικά και φορολογικά Μητρώα (ΑΜΚΑ, ΑΦΜ)	
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	
12.	Αντίγραφο Δικαστικής Συμπάραστασης (όπου απαιτείται)	
13.	Αντίγραφο Αστυνομικής Ταυτότητας Δικαστικού Συμπαραστάτη – Γονέα (όπου απαιτείται)	





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 Δομή σας, Σύλλογος Γονέων και Φίλων Αυτιστικών Ατόμων Αναγέννηση στον Άξονα Προτεραιότητας «Πρωώθηση της Κοινωνικής Ένταξης και Καταπολέμηση της Φτώχειας και Διακρίσεων – Διασφάλιση της Κοινωνικής Συνοχής» του Ε.Π. «Αττική» της Πράξης: «ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΤΕΓΩΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΖΟΜΕΝΗΣ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ (ΣΥΔ) Αναγέννηση 1 & 2. 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



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης.