



ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΟΝΕΩΝ, ΚΗΔΕΜΟΝΩΝ ΚΑΙ ΦΙΛΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΡΑΣΗΣ ΚΑΙ
ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ «Η ΑΜΥΜΩΝΗ»

Ελληνικό, 18.04.2024

Α.Π.: 229

Διεύθυνση: Δραγατσανίου 1 και Βοσπόρου,
Κτιριακό Συγκρότημα ΑΜΕΑ, Κτίριο Α, Ελληνικό
Τ.Κ.: 16777, Τ.Θ: 73842
Πληροφορίες: Διονυσία Βασιλάρα
Τηλέφωνο: 210 9605426, 2109631441
Fax: 2109632549
Email: socialservices@amimoni.gr
info@amimoni.gr

1^η ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

Ο Πανελλήνιος Σύλλογος Γονέων, Κηδεμόνων και Φίλων Ατόμων με Προβλήματα Όρασης και Πρόσθετες Αναπηρίες «Η ΑΜΥΜΩΝΗ», στο πλαίσιο του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Αττική 2021 - 2027», λειτουργώντας ως δικαιούχος της Πράξης «Συνέχιση λειτουργίας της Δομής ΚΔΗΦ ΑΜΕΑ Μικτό Κέντρο Δημέρευσης για άτομα με πολλαπλές αναπηρίες ΙΡΙΣ» του Πανελλήνιου Συλλόγου Γονέων, Κηδεμόνων και Φίλων ατόμων με προβλήματα όρασης και πρόσθετες αναπηρίες «Η ΑΜΥΜΩΝΗ» με Κωδικό ΟΠΣ 6003443 στο Πρόγραμμα «Αττική 2021-2027»,

ΠΡΟΣΚΑΛΕΙ

άτομα με προβλήματα όρασης και πρόσθετες αναπηρίες (στο εξής καλούμενοι «ωφελούμενοι») να υποβάλουν αίτηση για την **πλήρωση μίας (1) κενής θέσης** ωφελομένου, συνοδευόμενη με τα απαραίτητα δικαιολογητικά για την παροχή υπηρεσιών διημέρευσης – ημερήσιας φροντίδας στο Μικτό Κέντρο Δημέρευσης για άτομα με πολλαπλές αναπηρίες «ΙΡΙΣ», του Πανελλήνιου Συλλόγου Γονέων, Κηδεμόνων και Φίλων Ατόμων με Προβλήματα Όρασης και Πρόσθετες Αναπηρίες «Η ΑΜΥΜΩΝΗ» που λειτουργεί στο Κτίριο Α του Κτιριακού Συγκροτήματος ΑΜΕΑ στο Ελληνικό, επί των οδών Δραγατσανίου 1 και Βοσπόρου. Αιτήσεις θα υποβάλλονται από την Πέμπτη 18/04/2023 έως και την Πέμπτη 25/04/24.



A. ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

A) Παροχή υπηρεσιών ημερήσιας φροντίδας και παραμονής σε τριάντα (30) άτομα με αναπηρίες, ως εξής:

- i) εκτίμηση αναγκών, εκπόνηση και εφαρμογή εξατομικευμένου πλάνου εκπαίδευσης, φροντίδας και αποκατάστασης, μεταξύ των οποίων υπηρεσίες πρώιμης παρέμβασης,
- ii) εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες και σε δεξιότητες καθημερινής ζωής, καθώς και προετοιμασία για την αυτόνομη ή υποστηριζόμενη διαβίωση,
- iii) υποστηρικτικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο,
- iv) παρασκευή γευμάτων και εστίαση των ωφελούμενων
- v) ψυχαγωγικές, πολιτιστικές και αθλητικές δραστηριότητες
- vi) προγράμματα εκπαίδευσης, υποστήριξης και συμβουλευτικής των οικογενειών ή/και των φροντιστών
- vii) προγράμματα ενημέρωσης και εκπαίδευσης της κοινότητας για θέματα που αφορούν στην αναπηρία, στην καταπολέμηση σχετικών προκαταλήψεων και στην υιοθέτηση σύγχρονων αντιλήψεων για αυτήν
- viii) προγράμματα επιμόρφωσης και εκπαίδευσης για το προσωπικό και τους εθελοντές
- ix) καταγραφή και συνεχής αξιολόγηση των δραστηριοτήτων
- x) μεταφορά των ωφελούμενων από και προς τη Δομή

Οι παραπάνω υπηρεσίες θα παρέχονται για 8 ώρες για κάθε ωφελούμενο ανά ημέρα, κατά τις εργάσιμες ημέρες, περιλαμβανομένης της μεταφοράς των ωφελούμενων από και προς τη Δομή.

B) Υλοποίηση δράσεων δικτύωσης και συνεργασίας με κοινωνικούς φορείς/φορείς παροχής κοινωνικών υπηρεσιών όπως τα Κέντρα Κοινότητας, άλλες δομές παροχής παρεμφερών υπηρεσιών και την τοπική κοινότητα γενικότερα (π.χ. δήμους, αθλητικούς, πολιτιστικούς ή άλλου είδους συλλόγους, εκπαιδευτική κοινότητα κτλ), με στόχο τη διασύνδεση της δομής με την τοπική κοινότητα, την ένταξη των ωφελούμενων σε αυτήν και συνεπώς την ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής σε τοπικό επίπεδο.

Η διάρκεια παροχής των υπηρεσιών προς τους ωφελούμενους ορίζεται από 01/01/2023 έως 31/12/2025.

B. ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

1. Αίτηση (επισυνάπτεται). Η αίτηση υποβάλλεται από τον ίδιο τον ωφελούμενο ή τον νόμιμο εκπρόσωπό του (δικαστικό συμπαραστάτη, επίτροπο ή ασκούντα την επιμέλειά του). Ειδικότερα, για τους ωφελούμενους που διαβιούν σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης και εφόσον δεν έχει οριστεί νόμιμος εκπρόσωπός τους, την αίτηση δύναται να την υποβάλει ο νόμιμος εκπρόσωπος του αρμοδίου φορέα, συνοδευόμενη από σχετική απόφαση υποβολής αίτησης του αρμοδίου οργάνου του ιδρύματος.
2. Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου ή πιστοποιητικό γεννήσεως. Σε περίπτωση μη ύπαρξης των προαναφερόμενων (π.χ. περιπτώσεις ατόμων που διαβιούν σε ιδρύματα) οποιοδήποτε άλλο έγγραφο



ταυτοποίησης. Εάν ο ωφελούμενος είναι αλλοδαπός από τρίτες χώρες απαιτείται και αντίγραφο της άδειας διαμονής εν ισχύ. Εάν είναι Έλληνας ομογενής απαιτείται αντίγραφο ταυτότητας ομογενούς.

3. Αντίγραφο ή εκτύπωση ατομικού ή οικογενειακού εκκαθαριστικού σημειώματος φορολογικού έτους 2022, εφόσον το άτομο υποχρεούται να έχει καταθέσει φορολογική δήλωση, ή σχετική υπεύθυνη δήλωση σε περίπτωση που δεν υποχρεούται.
4. Αντίγραφο Βεβαίωσης πιστοποίησης της αναπηρίας του ωφελούμενου, εν ισχύ, για τουλάχιστον μία πάθηση από τις αναφερόμενες στην υπ' αρ. οικ. 47305/12.12.2018 (Β' 5571) κοινή υπουργική απόφαση, όπως ισχύει, ή με συνολικό ποσοστό αναπηρίας ίσο ή μεγαλύτερο από 67%.
5. Ειδικώς οι ανήλικοι, μπορούν να καταστούν ωφελούμενοι με μόνη την υποβολή ηλεκτρονικού εισηγητικού ιατρικού φακέλου για την έκδοση πιστοποίησης αναπηρίας από το ΚΕ.Π.Α. ή με μόνη την εγκριτική ηλεκτρονική ιατρική γνωμάτευση ειδικών θεραπειών του Ε.Ο.Π.Υ.Υ..
6. Απόφαση δικαστικής συμπαράστασης σε ισχύ.
7. Αντίγραφο Πιστοποιητικού οικογενειακής κατάστασης.
8. Εάν το άτομο που είναι επιφορτισμένο με τη φροντίδα του συγκεκριμένου ωφελούμενου (γονέας/ανάδοχος/επίτροπος/δικαστικός συμπαραστάτης) ή άλλο μέλος της οικογένειας ανήκει στην ομάδα των ΑμεΑ, απαιτείται αντίγραφο/α βεβαίωσης πιστοποίησης της αναπηρίας του/τους εν ισχύ..
9. Πιστοποιητικό ασφαλιστικής ικανότητας(βεβαίωση από ΕΦΚΑ ή άλλο ασφαλιστικό φορέα)
10. Βεβαίωση ΑΜΚΑ ή υπεύθυνη δήλωση του ωφελούμενου ή του νόμιμου εκπροσώπου του περί μη κατοχής ΑΜΚΑ.
11. Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 παρ. 4 του ν. 1599/1986 του ωφελούμενου ή του νόμιμου κηδεμόνα / εκπροσώπου (επισυνάπτεται), που να αναφέρει ότι:
 - δεν θα λαμβάνει αποζημίωση για τις συγχρηματοδοτούμενες υπηρεσίες που του παρέχονται από το ΚΔΗΦ από άλλη χρηματοδοτική πηγή (π.χ. ΕΟΠΥΥ) κατά την περίοδο συμμετοχής του στην πράξη και
 - δεν θα λαμβάνει υπηρεσίες από άλλο ΚΔΗΦ ή άλλο φορέα παροχής παρεμφερών υπηρεσιών, ο οποίος χρηματοδοτείται από εθνικούς ή/και κοινοτικούς πόρους, κατά την περίοδο συμμετοχής του στην πράξη.
12. Σε περίπτωση ωφελούμενου από ίδρυμα/θεραπευτήριο/ΚΚΠΠ, κ.α.:
 - Σχετική βεβαίωση του αρμόδιου οργάνου / νόμιμου εκπροσώπου του ιδρύματος/θεραπευτηρίου/ΚΚΠΠ, κ.α. που να πιστοποιεί τη διαβίωση του σε αυτό και να βεβαιώνει ότι, σε περίπτωση επιλογής του αιτούντος για τη συμμετοχή του στην πράξη, θα προσκομίσει στο δικαιούχο όλες τις απαραίτητες πληροφορίες για

το ατομικό και κοινωνικό ιστορικό του ωφελούμενου και σχετική έκθεση/αξιολόγηση του ωφελούμενου από την επιστημονική ομάδα του ιδρύματος.

- Συνοπτική έκθεση της επιστημονικής ομάδας για το βαθμό προσαρμογής του ατόμου στο πρόγραμμα του ΚΔΗΦ. Στη σχετική έκθεση θα πρέπει επίσης να βεβαιώνεται ότι ο υποψήφιος ωφελούμενος συναινεί για τη συμμετοχή του στην πράξη.

Για τους ωφελούμενους που διαβιούν σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης/θεραπευτήρια/ΚΚΠΠ, κ.α. η αδυναμία προσκόμισης των δικαιολογητικών/εγγράφων των ανωτέρω σημείων 2, 3, 6 και 7, δύναται να καλυφθεί με σχετική υπεύθυνη δήλωση του νόμιμου εκπροσώπου του ιδρύματος, μετά από σχετική απόφαση εξουσιοδότησης του αρμόδιου οργάνου του ιδρύματος.

Γ. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ

Κατόπιν της λήξης της διαδικασίας υποβολής αιτήσεων ο δικαιούχος φορέας «Η ΑΜΥΜΩΝΗ» θα προβεί στην επιλογή των ωφελούμενων με τη διαδικασία μοριοδότησης βάσει των παρακάτω κριτηρίων επιλογής:

1. Τύπος πλαισίου διαμονής (μονάδα κλειστής φροντίδας, οικογενειακό ή άλλο στεγαστικό πλαίσιο).
2. Ασφαλιστική ικανότητα του ωφελούμενου.
3. Ατομικό ή οικογενειακό εισόδημα.
4. Οικογενειακή κατάσταση.

Ι) Ειδικότερα, η μοριοδότηση των κριτηρίων έχει ως εξής:

ΚΡΙΤΗΡΙΑ	ΑΝΑΛΥΣΗ ΜΟΡΙΩΝ	
1. Τύπος πλαισίου διαμονής	Μονάδα κλειστής φροντίδας	30
	ΣΥΔ	20
	Ατομική/ οικογενειακή κατοικία	10
2. Ασφαλιστική ικανότητα	Ανασφάλιστος/η	20
	Ασφαλισμένος/η	10
	Εισόδημα κάτω από το όριο της φτώχειας *	20

3. Ύψος ατομικού ή οικογενειακού εισοδήματος	Εισόδημα πάνω από το όριο της φτώχειας	10
4. Οικογενειακή κατάσταση	Υπαρξη άλλου ΑμεΑ στην οικογένεια (δεν υπολογίζεται ο αιτούμενος)	12
	Μέλος μονογονεϊκής οικογένειας ή ορφανό άτομο με αναπηρία	12
	Τρίτεκνοι/Πολύτεκνοι (άνω των δύο εξαρτώμενων μελών εκτός του ωφελούμενου).	8

* Το όριο της φτώχειας προσδιορίζεται σύμφωνα με το κατώφλι φτώχειας της ΕΛΣΤΑΤ. Αυτό για το έτος 2022 ορίζεται σε 5.712 € για μονοπρόσωπα νοικοκυριά. Το συνολικό ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα της οικογένειας προκύπτει μετά τη διαίρεσή του συνολικού διαθέσιμου εισοδήματος με το ισοδύναμο μέγεθος της οικογένειας. Το ισοδύναμο μέγεθος του νοικοκυριού υπολογίζεται με βάση την τροποποιημένη κλίμακα του ΟΟΣΑ, σύμφωνα με την οποία ορίζεται συντελεστής στάθμισης 1 για τον πρώτο ενήλικα, 0,5 για τον δεύτερο ενήλικα και μέλη 14 ετών και άνω και 0,3 για παιδιά κάτω των 14 ετών. Για τον υπολογισμό του διαθέσιμου εισοδήματος του νοικοκυριού, στην παρούσα πρόσκληση, λαμβάνεται υπόψη το συνολικό εισόδημα μετά την αφαίρεση του φόρου και των εισφορών κοινωνικής ασφάλισης που λαμβάνεται από όλα τα μέλη του νοικοκυριού και δεν περιλαμβάνεται οποιοδήποτε επίδομα.

II) Ειδικότερα, η διαδικασία επιλογής θα ακολουθήσει τα παρακάτω βήματα/στάδια:

- 1) Εξέταση/έλεγχος των αιτήσεων του συνολικού αριθμού των συμμετεχόντων/θέσεων στην πράξη, σύμφωνα με τον αριθμό των αιτήσεων και την πληρότητα των δικαιολογητικών. Στο στάδιο αυτό, εκπονείται σχετικός πίνακας δυνητικών συμμετεχόντων με τον αριθμό των ατόμων που οι αιτήσεις τους κρίνονται από την Επιτροπή ως πλήρεις (πληρότητα δικαιολογητικών και στοιχείων της αίτησης) και επομένως γίνονται δεκτές από την Επιτροπή. Έκδοση απόφασης και δημοσιοποίηση των **προσωρινών αποτελεσμάτων** με ανάρτηση του σχετικού πίνακα στην ιστοσελίδα του φορέα (www.amimoni.gr) στις **26/04/2024**.

Οι δυνητικοί ωφελούμενοι μπορούν να ασκήσουν ένσταση, κατά του ανωτέρω πίνακα, προς την Επιτροπή Αξιολόγησης έως την Τρίτη 30/04/2024 και ώρα 12:00 μ.μ.

- 2) Επιλογή των συμμετεχόντων στην πράξη. Στο στάδιο αυτό, η Επιτροπή καταρτίζει σχετικό πίνακα κατάταξης και επιλογής των ωφελούμενων της πράξης, συμπεριλαμβανομένων και των επιλαχόντων, οι οποίοι θα επιλεγούν βάσει των κριτηρίων επιλογής. Σε περίπτωση ισοβαθμίας, για την οριστική κατάταξη και επιλογή των ωφελούμενων, μοναδικό κριτήριο επιλογής θα είναι η τήρηση σειράς προτεραιότητας σύμφωνα με τον αριθμό πρωτοκόλλου που έχουν λάβει οι δυνητικοί ωφελούμενοι.

Ο Οριστικός Πίνακας Κατάταξης των ωφελούμενων και επιλαχόντων θα αναρτηθεί, μετά τη διαδικασία αξιολόγησης των ενστάσεων, τη **Τετάρτη 01/05/2024** στην ιστοσελίδα του φορέα (www.amimoni.gr).

3) **Οι ωφελούμενοι που θα επιλεγθούν θα ενταχθούν στη πράξη τη Πέμπτη 02/05/2024.**

Δ. ΚΑΤΑΘΕΣΗ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΑΤΑΛΗΚΤΙΚΗ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΤΟΥΣ

Οι αιτήσεις μαζί με τα απαραίτητα δικαιολογητικά συμμετοχής μπορούν να κατατεθούν ιδιοχείρως ή ταχυδρομικώς ή μέσω υπηρεσίας ταχυμεταφοράς στη γραμματεία του Πανελληνίου Συλλόγου Γονέων, Κηδεμόνων και Φίλων ατόμων με προβλήματα όρασης και πρόσθετες αναπηρίες «Η ΑΜΥΜΩΝΗ» που λειτουργεί στο Κτίριο Α του Κτιριακού Συγκροτήματος ΑΜΕΑ στο Ελληνικό επί των οδών Δραγατσανίου 1 και Βοσπόρου, από την Παρασκευή 19/04/2023 μέχρι και την Πέμπτη 25/04/24.

Αιτήσεις που θα υποβληθούν με οποιοδήποτε τρόπο μετά την παραπάνω ημερομηνία και ώρα θα απορρίπτονται ως εκπρόθεσμες, δεν θα αξιολογούνται και θα επιστρέφονται.

Προσοχή: Η έγκαιρη υποβολή θα αποδεικνύεται μόνο από τον αριθμό πρωτοκόλλου. Η ημερομηνία σφραγίδας του ταχυδρομείου δεν λαμβάνεται υπόψη.

Ε. ΠΑΡΟΧΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ

Η παρούσα διατίθεται στον Πανελλήνιο Σύλλογο Γονέων, Κηδεμόνων και Φίλων ατόμων με προβλήματα όρασης και πρόσθετες αναπηρίες «Η ΑΜΥΜΩΝΗ» που λειτουργεί στο Κτίριο Α του Κτιριακού Συγκροτήματος ΑΜΕΑ στο Ελληνικό επί των οδών Δραγατσανίου 1 και Βοσπόρου, στην ιστοσελίδα του φορέα (www.amimoni.gr), στον ημερήσιο τύπο, στις κοινωνικές υπηρεσίες των Δήμων της Περιφέρειας Αττικής, στα Κέντρα Κοινότητας, σε δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς παροχής υπηρεσιών πρόνοιας, στη Δ/ση Προστασίας ΑμεΑ και στις ιστοσελίδες της Ε.Σ.Α.με.Α και της Π.Ο.Σ.Γ.Κ.Α.μεΑ.

Για πληροφορίες οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να απευθύνονται στην κα Βασιλάρα Διονυσία στα Τηλ. Επικοινωνίας: 2109605426 & 2109631441 ή στο EMAIL: info@amimoni.gr, από Δευτέρα έως Παρασκευή, από τις 09:30 - 15:00.

Η νόμιμη εκπρόσωπος ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ ΜΠΕΛΛΟΥ

Συνημμένα Πρόσκλησης:

1. Αίτηση συμμετοχής
2. Υπ. Δηλώσεις του άρθρου 8 παρ. 4 του ν. 1599/1986





ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ :

«Συνέχιση λειτουργίας της Δομής ΚΔΗΦ ΑΜΕΑ Μικτό Κέντρο Δημέρευσης για άτομα με πολλαπλές αναπηρίες ΙΡΙΣ» του Πανελληνίου Συλλόγου Γονέων, Κηδεμόνων και Φίλων ατόμων με προβλήματα όρασης και πρόσθετες αναπηρίες «Η ΑΜΥΜΩΝΗ» με Κωδικό ΟΠΣ 6003443 στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Αττική 2021-2027»

Ημερομηνία υποβολής : / / 2024
ΑΡΙΘ. ΠΡΩΤ. (συμπληρώνεται από τον φορέα):

Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ/ΗΣ					
ΕΠΩΝΥΜΟ					
ΟΝΟΜΑ				ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ					
ΑΡ.ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ			Α.Φ.Μ. / ΑΛΛΟ		
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ					
ΤΥΠΟΣ ΠΛΑΙΣΙΟΥ ΔΙΑΜΟΝΗΣ					
ΚΥΡΙΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ					
ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ:	ΝΟΜΟΣ		ΔΗΜΟΣ		ΠΟΛΗ
	ΟΔΟΣ		ΑΡΙΘΜΟΣ		Τ.Κ.
ΤΗΛΕΦΩΝΟ			EMAIL		

Β. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ / ΚΗΔΕΜΟΝΑ / ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ/ΗΣ			
ΕΠΩΝΥΜΟ			
ΟΝΟΜΑ			ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ					
ΑΡ.ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ		Α.Φ.Μ. / ΑΛΛΟ			
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ					
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ					
ΚΥΡΙΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ					
ΑΡ. ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗΣ (ΕΦΟΣΟΝ ΥΠΑΡΧΕΙ)					
ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ:	ΝΟΜΟΣ		ΔΗΜΟΣ		ΠΟΛΗ
	ΟΔΟΣ		ΑΡΙΘΜΟΣ		Τ.Κ.
ΤΗΛΕΦΩΝΟ		EMAIL			

Γ. ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΥΠΟΒΑΛΛΩ		Τίθεται Χ σε ό,τι υποβάλλεται συνημμένα
ΔΙΑΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ/ΗΣ		
1.	ΑΠΟΦΑΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΤΟΥ ΑΡΜΟΔΙΟΥ ΟΡΓΑΝΟΥ ΤΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ (ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΔΙΑΒΙΟΥΝ ΣΕ ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΚΛΕΙΣΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ)	
2.	ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ Ή ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ Ή ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	
3.	ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΑΔΕΙΑΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ (ΜΟΝΟ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΩΝ ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ ΑΛΛΟΔΑΠΟΙ ΑΠΟ ΤΡΙΤΕΣ ΧΩΡΕΣ)	
4.	ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΟΜΟΓΕΝΟΥΣ (ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΩΝ ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ ΕΛΛΗΝΕΣ ΟΜΟΓΕΝΗΣ)	
5.	ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ Ή ΕΚΤΥΠΩΣΗ ΑΤΟΜΙΚΟΥ Ή ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΕΚΚΑΘΑΡΙΣΤΙΚΟΥ ΣΗΜΕΙΩΜΑΤΟΣ ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΟΥ ΕΤΟΥΣ 2022	
6.	ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΠΕΡΙ ΜΗ ΥΠΟΧΡΕΩΣΗΣ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ (ΜΟΝΟ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ ΔΕΝ ΥΠΟΧΡΕΟΥΤΑΙ)	
7.	ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΤΗΣ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΤΟΥ / ΤΗΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ / ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΗΣ ΣΕ ΙΣΧΥ (Ειδικώς οι ανήλικοι, μπορούν να καταστούν ωφελούμενοι με μόνη την υποβολή ηλεκτρονικού εισηγητικού ιατρικού φακέλου για την έκδοση πιστοποίησης αναπηρίας	

	από το ΚΕ.Π.Α. ή με μόνη την εγκριτική ηλεκτρονική ιατρική γνωμάτευση ειδικών θεραπειών του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.)	
8.	ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	
9.	ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΤΗΣ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΤΟΥ ΓΟΝΕΑ Ή ΚΗΔΕΜΟΝΑ Ή ΑΛΛΟΥ ΜΕΛΟΥΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ (ΜΟΝΟ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ ΑΝΗΚΟΥΝ ΣΤΗΝ ΟΜΑΔΑ ΤΩΝ Α.ΜΕ.Α)	
10.	ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ (βεβαίωση από ΕΦΚΑ ή άλλο ασφαλιστικό φορέα)	
11.	ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΑΜΚΑ ΤΟΥ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ ΚΑΙ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΑΜΚΑ Ή ΑΔΤ ΤΟΥ ΝΟΜΙΜΟΥ ΚΗΔΕΜΟΝΑ/ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ	
12.	ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΤΟΥ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ Ή ΤΟΥ ΝΟΜΙΜΟΥ ΚΗΔΕΜΟΝΑ/ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ1)	
13.	ΑΠΟΦΑΣΗ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗΣ (ΕΦΟΣΟΝ ΥΠΑΡΧΕΙ) ΚΑΙ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΔΙΚΕΙΟΥ ΠΕΡΙ ΤΕΛΕΣΙΔΙΚΙΑΣ	
ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΩΝ ΑΠΟ ΙΔΡΥΜΑ/ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ/ ΚΚΠΠ		
1.	ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ- ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΤΟΥ ΑΡΜΟΔΙΟΥ ΟΡΓΑΝΟΥ ΤΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ / ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟΥ/ ΚΚΠΠ Κ.Α (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2)	
2.	ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΒΑΘΜΟ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΚΔΗΦ. ΣΤΗΝ ΕΚΘΕΣΗ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΒΕΒΑΙΩΝΕΤΑΙ ΟΤΙ Ο/Η ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΣ /Η ΣΥΝΑΙΝΕΙ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ	
3	ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ ΠΕΡΙ ΑΔΥΝΑΜΙΑΣ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΗΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ (ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΔΥΝΑΜΙΑΣ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΗΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ) (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3)	
4	ΑΠΟΦΑΣΗ ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗΣ ΑΡΜΟΔΙΟΥ ΟΡΓΑΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΗ ΥΠΕΥΘΥΝΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΝΟΜΙΜΟ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟ	

3

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (σε περίπτωση που υποβάλλει την αίτηση ο/η ωφελούμενος /η)

Αιτούμαι και υποβάλλω συνημμένα δικαιολογητικά για την παροχή υπηρεσιών από τη Δομή σας «Συνέχιση λειτουργίας της Δομής ΚΔΗΦ ΑΜΕΑ Μικτό Κέντρο Δημέρευσης για άτομα με πολλαπλές αναπηρίες ΙΡΙΣ» του Πανελλήνιου Συλλόγου Γονέων, Κηδεμόνων και Φίλων ατόμων με προβλήματα όρασης και πρόσθετες αναπηρίες «Η ΑΜΥΜΩΝΗ» με Κωδικό ΟΠΣ 6003443 στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Αττική 2021-2027».

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. 2472/97 περί προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.

Ο / Η ΑΙΤΩΝ / ΑΙΤΟΥΣΑ

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ - ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ)

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(σε περίπτωση που υποβάλλει την αίτηση γονέας / κηδεμόνας/ νόμιμος εκπρόσωπος του/της ωφελούμενου/ης)

Αιτούμαι και υποβάλλω συνημμένα δικαιολογητικά για την παροχή υπηρεσιών στον/στην ωφελούμενο/ωφελούμενη....., που νομίμως εκπροσωπώ, δυνάμει της υπ' αριθμ. Απόφασης Δικαστικής Συμπαραστάσης, από τη δομή σας στο πλαίσιο της Πράξης «Συνέχιση λειτουργίας της Δομής ΚΔΗΦ ΑΜΕΑ Μικτό Κέντρο Διημέρευσης για άτομα με πολλαπλές αναπηρίες ΙΡΙΣ» του Πανελληνίου Συλλόγου Γονέων, Κηδεμόνων και Φίλων ατόμων με προβλήματα όρασης και πρόσθετες αναπηρίες «Η ΑΜΥΜΩΝΗ» με Κωδικό ΟΠΣ 6003443 στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Αττική 2021-2027».

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. 2472/97 περί προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.

Ο / Η ΑΙΤΩΝ / ΑΙΤΟΥΣΑ

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ – ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ)



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8, παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :	ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΓΟΝΕΩΝ ΚΗΔΕΜΟΝΩΝ & ΦΙΛΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΡΑΣΗΣ & ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ «Η ΑΜΥΜΩΝΗ»						
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:	ΤΚ:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (E-mail):			

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις ⁽³⁾, που προβλέπονται από της διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

α) δεν θα λαμβάνω αποζημίωση για τις συγχρηματοδοτούμενες υπηρεσίες που μου παρέχονται από το ΜΚΔΗΦ «ΙΡΙΣ» της ΑΜΥΜΩΝΗΣ από άλλη χρηματοδοτική πηγή (π.χ. ΕΟΠΥΥ) κατά την περίοδο συμμετοχής μου στην πράξη, και

β) δεν θα λαμβάνω υπηρεσίες από άλλο ΚΔΗΦ ή άλλο φορέα παροχής παρεμφερών υπηρεσιών, ο οποίος χρηματοδοτείται από εθνικούς ή/και κοινοτικούς πόρους, κατά την περίοδο συμμετοχής μου στην πράξη.

Ημερομηνία:/...../202.....

Ο – Η Δηλών

(Υπογραφή)

- (1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.
- (2) Αναγράφεται ολογράφως.
- (3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.
- (4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8, παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ(1):	ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΓΟΝΕΩΝ ΚΗΔΕΜΟΝΩΝ & ΦΙΛΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΡΑΣΗΣ & ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ «Η ΑΜΥΜΩΝΗ»						
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:	TK:
Αρ. Τηλεμοιούστου (Fax):				Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (E-mail):			

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις ⁽³⁾, που προβλέπονται από της διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω:

A) Ο/Η.....ΔΙΑΜΕΝΕΙ ΣΤΟ
ΙΔΡΥΜΑ/ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ/ΚΚΠ.....

B) ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΤΟΥ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ, ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΩ ΣΤΟΝ ΦΟΡΕΑ ΣΑΣ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΑΤΟΜΙΚΟ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΟΥ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ/ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΤΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ.

Ημερομηνία:/...../20.....

Ο – Η Δηλών

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8, παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ(1):	ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΓΟΝΕΩΝ ΚΗΔΕΜΟΝΩΝ & ΦΙΛΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΡΑΣΗΣ & ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ «Η ΑΜΥΜΩΝΗ»						
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:	TK:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (E-mail):			

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις ⁽³⁾, που προβλέπονται από της διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω:

ως νόμιμος εκπρόσωπος του
Ιδρύματος/Θεραπευτηρίου/ΚΚΠΠ και εξουσιοδοτημένος σύμφωνα με την υπ' αριθμ. Απόφαση του αρμόδιου οργάνου, την οποία και σας προσκομίζω, ότι: Α) ΥΠΑΡΧΕΙ ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΗΣ ΤΩΝ ΚΑΤΩΘΙ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ/ΕΓΓΡΑΦΩΝ ΤΗΣ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΡΑΞΗΣ «Κέντρο Δημέρευσης/ Ημερήσιας Φροντίδας Ατόμων με Αναπηρία – Μικτό Κέντρο Δημέρευσης για άτομα με πολλαπλές αναπηρίες «ΙΡΙΣ», του Πανελληνίου Συλλόγου Γονέων, Κηδεμόνων και Φίλων ατόμων με προβλήματα όρασης και πρόσθετες αναπηρίες «Η ΑΜΥΜΩΝΗ»: 1) 2) 3) 4) ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΚΑΤΩΘΙ ΛΟΓΟΥΣ:

.....
.....
.....

Ημερομηνία:/...../20.....

Ο – Η Δηλών

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.