

**ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΑμεΑ**

ΣΩΜΑΤΕΙΟ ΕΙΔΙΚΑ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΜΕΝΟ ΩΣ ΦΙΛΑΝΘΡΩΠΙΚΟ

ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ & ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑμεΑ

ΚΕΝΤΡΟ ΔΙΗΜΕΡΕΥΣΗΣ & ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΣΤΕΓΕΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΖΟΜΕΝΗΣ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ

ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ

Ταχ. Δ/νση: B. Mελά1, 15562 Χολαργός

Τηλ. 210-6511432, 210-6518719

E-mail: coveramea@gmail.com

Ιστοσελίδα: www.coveramea.grΗμερομηνία Υποβολής: …../…../.....

Αριθμ. Πρωτ.: ………..

(Συμπληρώνεται από τη δομή)

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

* Υποέργο (1) «Συνέχιση Λειτουργίας ΣΥΔ-ΑμεΑ "ΣΤΗΡΙΞΗ 8"» της Πράξης «Συνέχιση λειτουργίας ΣΥΔ-ΑμεΑ "ΣΥΝΔΕΣΜΟY ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΑΜΕΑ"» με Κωδικό ΟΠΣ 6003860
* Υποέργο (2): «Συνέχιση Λειτουργίας ΣΥΔ-ΑμεΑ "ΣΤΗΡΙΞΗ 7"» της Πράξης «Συνέχιση λειτουργίας ΣΥΔ-ΑμεΑ "ΣΥΝΔΕΣΜΟY ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΑΜΕΑ"» με Κωδικό ΟΠΣ 6003860.

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΜΜΕΣΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ** | | | | | | | | | | |
| **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. Εάν ο ωφελούμενος  είναι αλλοδαπός από τρίτες χώρες απαιτείται και αντίγραφο της άδειας  διαμονής εν ισχύ. Εάν είναι Έλληνας ομογενής απαιτείται αντίγραφο  ταυτότητας ομογενούς. |  |
| 2. | Ληξιαρχική Πράξη Γέννησης. |  |
| 3. | Αντίγραφο πρόσφατου Πιστοποιητικού Οικογενειακής Κατάστασης, που θα έχει  εκδοθεί εντός το πολύ έξι (6) μηνών από την ημερομηνία δημοσίευσης της  παρούσας πρόσκλησης. |  |
| 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. | Πιστοποιητικό ασφαλιστικής ικανότητας (βεβαίωση ΑΜΚΑ). |  |
| 9. | 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. |  |
| 10. | Σε περίπτωση εκπροσώπησης του ωφελούμενου, κατά την υποβολή της  αίτησης, από άλλο φυσικό πρόσωπο:  α. Έγγραφο τεκμηρίωσης για την εκπροσώπηση του ιδρύματος από το  πρόσωπο που υποβάλλει την αίτηση, σε περίπτωση διαμονής του  ωφελούμενου σε ίδρυμα/θεραπευτήριο/ΚΚΠΠ κ.ά. ή  β. Απόφαση ορισμού δικαστικού συμπαραστάτη |  |
| 11. | Εάν το άτομο που είναι επιφορτισμένο με τη φροντίδα του συγκεκριμένου ωφελούμενου (γονέας/κηδεμόνας):  α. είναι άνεργο: Αντίγραφο της κάρτας ανεργίας του ΟΑΕΔ εν ισχύ  β. ανήκει στην ομάδα των ΑμεΑ: Αντίγραφο/α βεβαίωσης πιστοποίησης της αναπηρίας του/τους εν ισχύ |  |

# 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 για τον/την ωφελούμενο/ωφελούμενη ………………………………………………………………………………………, που νομίμως εκπροσωπώ, ως Γονέας/Κηδεμόνας/Δικαστικός Συμπαραστάτης δυνάμει της υπ’ αριθμ……………………………………………………………….. Απόφασης Δικαστικής Συμπαράστασης / που διαμένει στη δομή την οποία εκπροσωπώ δυνάμει του ……………………………………………… (*διαγράφεται ένα από τα δύο*), από τη δομή σας, Σύνδεσμος Προστασίας Παιδιών και ΑμεΑ στην Πράξη «Συνέχιση λειτουργίας ΣΥΔ-ΑμεΑ "ΣΥΝΔΕΣΜΟY ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΑΜΕΑ"» με Κωδικό

ΟΠΣ 6003860 και ένταξη στο 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**