**ΑΙΤΗΣΗ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ/ΗΣ** | | |
| ΟΝΟΜΑ: | ΕΠΙΘΕΤΟ: | |
| ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ: | |  |
| ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΜΗΤΕΡΑΣ: | |  |
| ΦΥΛΟ: ΑΝΤΡΑΣ ☐ ΓΥΝΑΙΚΑ ☐ |  | |
| ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: | | ΗΛΙΚΙΑ: |
| Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: | | |
| ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ : | Α.Δ.Τ. ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ: | |
| ΑΦΜ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ: | ΑΜΚΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ: | |
| ΑΣΦΑΛΙΣΗ: ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ | ΠΑΛΑΙΟΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΣ ΔΟΜΗΣ:  ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ | |
| ΚΥΡΙΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ: | ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ: | |
| ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ: |  | |
| ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ  ΥΠΑΡΞΗ ΑΛΛΟΥ ΑμεΑ ☐  ΜΟΝΟΓΟΝΕΙΑΚΗ ☐  ΑΛΛΟ ☐ | ΤΥΠΟΣ ΠΛΑΙΣΙΟΥ ΔΙΑΜΟΝΗΣ  ΙΔΡΥΜΑ ΚΛΕΙΣΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ☐  ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΟ ☐  Σ.Υ.Δ. ☐  ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑ ☐  ΑΛΛΟ: ☐ | |
| ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΓΟΝΕΑ/ΝΟΜΙΜΟΥ ΚΗΔΕΜΟΝΑ ή ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ | ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΣ ☐  ΑΝΕΡΓΟΣ ☐ | |

|  |
| --- |
| **Β. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ/ ΝΟΜΙΜΟΥ ΚΗΔΕΜΟΝΑ Η΄ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ** |

|  |
| --- |
| ΟΝΟΜΑ: ΕΠΙΘΕΤΟ: |
| ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ: |
| ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΜΗΤΕΡΑΣ: |
| ΑΔΤ: |
| ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ : |

ΥΠΕΥΘΥΝΕΣ ΔΗΛΩΣΕΙΣ

Α) Σε περίπτωση που υποβάλλει την αίτηση ο/η ωφελούμενος/η

Αιτούμαι και υποβάλλω συνημμένα δικαιολογητικά για την παροχή υπηρεσιών από τη Δομή σας, ΚΔΗΦ του Συλλόγου Γονέων και Φίλων παιδιών με Ειδικές Ανάγκες Ν. Άρτας στο πλαίσιο του Ε.Π. «ΗΠΕΙΡΟΣ 2021 - 2027» στα πλαίσια της Προτεραιότητας 4Β «Ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής και του ανθρώπινου δυναμικού» και σε συνέχεια της αρ. πρωτ. 3874/20-12-2023 Απόφασης Ένταξης της Πράξης «Συνέχιση λειτουργίας ΚΔΗΦ Συλλόγου "αγκαλιά» με Κωδικό ΟΠΣ 6004845 η οποία συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο. 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)

Β) Σε περίπτωση που υποβάλλει την αίτηση γονέας/κηδεμόνας/νόμιμος εκπρόσωπος/εκπρόσωπος του ιδρύματος

Αιτούμαι και υποβάλλω συνημμένα δικαιολογητικά για την παροχή υπηρεσιών για τον/την ωφελούμενο/ωφελούμενη..............................................που νομίμως εκπροσωπώ, δυνάμει της υπ’ αριθμ…………………………………….Απόφασης Δικαστικής Συμπαράστασης από τη δομή σας ,ΚΔΗΦ του Συλλόγου Γονέων και Φίλων παιδιών με Ειδικές Ανάγκες Ν. Άρτας στο πλαίσιο του Ε.Π. «ΗΠΕΙΡΟΣ 2021 - 2027» στα πλαίσια της Προτεραιότητας 4Β «Ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής και του ανθρώπινου δυναμικού» και σε συνέχεια της αρ. πρωτ. 3874/20-12-2023 Απόφασης Ένταξης της Πράξης «Συνέχιση λειτουργίας ΚΔΗΦ Συλλόγου "αγκαλιά» με Κωδικό ΟΠΣ 6004845 η οποία συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο. Με την παρούσα αίτηση, δηλώνω ότι 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)