

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ ΣΤΗΝ πράξη «Συνέχιση λειτουργίας της Δομής ΚΔΗΦ ΑΜΕΑ στην Άνοιξη Αττικής της ΠΕΓΚΑΠ-ΝΥ», του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Αττική 2021-2027»** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | Ημερομηνία υποβολής : / / 2025 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  |  | | | | **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** | | |  | | | | | | | **FAX** | | | | | | |  | | | | | | | | | **e-mail** | | | | | | |  | | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | |  | | | | | |  | | | | |  | |
| **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** | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗΣ (ΕΦΟΣΟΝ ΥΠΑΡΧΕΙ)** | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ:** | | | ΝΟΜΟΣ | | | |  | | | | | | | | | ΔΗΜΟΣ | | | | |  | | | | | | | | | | | | ΠΟΛΗ | | | | |  | |
| ΟΔΟΣ | | | |  | | | | | | | | | ΑΡΙΘΜΟΣ | | | | |  | | | | | | | | | | | | Τ.Κ. | | | | |  | |
| **ΤΗΛΕΦΩΝΟ** | | |  | | | | | | | **FAX** | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | **e-mail** | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Γ. ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΥΠΟΒΑΛΛΩ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Τίθεται Χ σε ό,τι υποβάλλεται συνημμένα | | | | |
| **ΔΙΑΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ/ΗΣ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου ή πιστοποιητικό γεννήσεως ή Κάρτα Αναπηρίας. Σε περίπτωση μη ύπαρξης των προαναφερομένων (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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 2 | Αντίγραφο ή εκτύπωση Ατομικού ή οικογενειακού εκκαθαριστικού σημειώματος εφόσον το άτομο υποχρεούται να έχει καταθέσει φορολογική δήλωση για το φορολογικό έτος 2024, ή σχετική υπεύθυνη δήλωση σε περίπτωση που δεν υποχρεούται. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 3 | 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%.) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 4 | 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.. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 5 | Αντίγραφο Πιστοποιητικού οικογενειακής κατάστασης (σε ισχύ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 6 | 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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 7 | Βεβαίωση ΑΜΚΑ ή υπεύθυνη δήλωση του ωφελουμένου ή του νομίμου εκπροσώπου του περί μη κατοχής ΑΜΚΑ. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 8 | Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 παρ. 4 του ν. 1599/1986 του ωφελούμενου ή του νόμιμου εκπροσώπου, που να αναφέρει ότι:  α) 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  β) 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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 9 | Σε περίπτωση ωφελούμενου που διαβιεί σε μονάδα κλειστής φροντίδας:  • Σχετική βεβαίωση του αρμόδιου οργάνου / νόμιμου εκπροσώπου του φορέα λειτουργίας της μονάδας που να πιστοποιεί τη διαβίωση του σε αυτό και να βεβαιώνει ότι, σε περίπτωση επιλογής του αιτούντος για την 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 μονάδες κλειστής φροντίδας η αδυναμία προσκόμισης των δικαιολογητικών/εγγράφων των ανωτέρω σημείων 1, 2, 5 και 7, δύναται να καλυφθεί με σχετική υπεύθυνη δήλωση του νόμιμου εκπροσώπου του φορέα λειτουργίας της μονάδας, μετά από σχετική απόφαση εξουσιοδότησης του αρμόδιου οργάνου του φορέα. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 10 | ΑΠΟΦΑΣΗ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗΣ (ΕΦΟΣΟΝ ΥΠΑΡΧΕΙ) ΚΑΙ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΔΙΚΕΙΟΥ ΠΕΡΙ ΤΕΛΕΣΙΔΙΚΙΑΣ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 11 | ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ (ΑΠΟ ΕΦΚΑ ή άλλο ασφαλιστικό φορέα) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | | |  | | |  | | | |  | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | |  | | | | | |
| **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, Κέντρο Διημέρευσης-Ημερήσιας φροντίδας ΑμεΑ, στο πλαίσιο της Πράξης «ς «Συνέχιση λειτουργίας της Δομής ΚΔΗΦ ΑΜΕΑ στην Άνοιξη Αττικής της ΠΕΓΚΑΠ-ΝΥ» του Επιχειρησιακού Προγράμματος «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 για τον/την ωφελούμενο/ ωφελούμενη………………………………………………………., που νομίμως εκπροσωπώ, δυνάμει της υπ’ αριθμ. ……………………………………….. Απόφασης Δικαστικής Συμπαράστασης, από τη δομή σας Κέντρο Διημέρευσης-Ημερήσιας φροντίδας ΑμεΑ, στο πλαίσιο της Πράξης ς «Συνέχιση λειτουργίας της Δομής ΚΔΗΦ ΑΜΕΑ στην Άνοιξη Αττικής της ΠΕΓΚΑΠ-ΝΥ», του Επιχειρησιακού Προγράμματος «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)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | |  | | |  | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |