

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ / ΗΣ

Στην Πράξη « ΚΕΝΤΡΟ ΔΙΗΜΕΡΕΥΣΗΣ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΤΟΥ
ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟΥ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΙΤΕΑΣ » με Κωδικό ΟΠΣ 5044917
στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Στερεά Ελλάδα 2014-2020».

Η ΠΡΑΞΗ ΣΥΓΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΕΙΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΕΝΩΣΗ (Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο)

Ημερομηνία υποβολής : / /20.....

ΑΡΙΘ. ΠΡΩΤ. :
(συμπληρώνεται από την Δομή).....

Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ/ΗΣ						
ΕΠΩΝΥΜΟ						
ΟΝΟΜΑ					ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ						
ΑΡ.ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ				Α.Φ.Μ.		
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ						
ΤΥΠΟΣ ΠΛΑΙΣΙΟΥ ΔΙΑΜΟΝΗΣ						
ΚΥΡΙΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ						
ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ:	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ		ΔΗΜΟΣ		ΠΟΛΗ	
	ΟΔΟΣ		ΑΡΙΘΜΟΣ		Τ.Κ.	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ		FAX		e-mail		



Β. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ / ΚΗΔΕΜΟΝΑ / ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ /ΗΣ Κ.Α				
ΕΠΩΝΥΜΟ				
ΟΝΟΜΑ		ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ		
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ				
ΑΡ.ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ		Α.Φ.Μ.		
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ				
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ				
ΚΥΡΙΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ				
ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ:	ΟΔΟΣ		Τ.Κ.	
	ΔΗΜΟΣ		ΠΟΛΗ	
	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ			
ΤΗΛΕΦΩΝΟ		FAX	e-mail	
Γ. ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΥΠΟΒΑΛΛΩ				Τίθεται Χ σε ό,τι υποβάλλεται συνημμένα
ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ/ΗΣ				
1	ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ Ή ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ Ή ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΓΕΝΝΗΣΗΣ			
2	ΑΔΕΙΑ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΣΕ ΙΣΧΥ (ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΛΛΟΔΑΠΩΝ ΑΠΟ ΤΡΙΤΕΣ ΧΩΡΕΣ) Ή ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΟΜΟΓΕΝΟΥΣ (ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΛΛΗΝΑ ΟΜΟΓΕΝΟΥΣ)			
3	ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ Η ΕΚΤΥΠΩΣΗ ΑΤΟΜΙΚΟΥ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΕΚΚΑΘΑΡΙΣΤΙΚΟΥ ΣΗΜΕΙΩΜΑΤΟΣ ΕΦΟΣΟΝ ΤΟ ΑΤΟΜΟ ΥΠΟΧΡΕΟΥΤΑΙ ΝΑ ΕΧΕΙ ΚΑΤΑΘΕΣΕΙ ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΗ ΔΗΛΩΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΟΙΚΟΝ. ΕΤΟΣ 2019.			

4	ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΘΕΩΡΗΜΕΝΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΜΟΔΙΑ Δ.Ο.Υ., ΟΤΙ ΝΟΜΙΜΩΣ ΔΕΝ ΥΠΟΒΑΛΛΩ ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΗ ΔΗΛΩΣΗ	
5	ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ	
6	ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΑΜΚΑ ΤΟΥ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ	
7	ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΤΟΥ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ, ΕΝ ΙΣΧΥ.	
8	ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΚΑΡΤΑΣ ΑΝΕΡΓΙΑΣ ΟΑΕΔ ΣΕ ΙΣΧΥ Ή ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΑΝΕΡΓΙΑΣ (ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ Ο ΓΟΝΕΑΣ Η΄ ΚΗΔΕΜΟΝΑΣ ΤΩΝ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΩΝ ΕΙΝΑΙ ΑΝΕΡΓΟΣ)	
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	ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΟΤΙ Ο ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΣ ΔΕΝ ΘΑ ΛΑΜΒΑΝΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΑΠΟ ΑΛΛΗ ΔΟΜΗ	
11	ΆΛΛΟ (περιγράψτε):	
ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΩΝ ΑΠΌ ΙΔΡΥΜΑ/ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ/ ΚΚΠΠ		
1	ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ- ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΤΟΥ ΑΡΜΟΔΙΟΥ ΟΡΓΑΝΟΥ ΤΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ / ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟΥ/ ΚΚΠΠ Κ.Α ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΜΟΝΗ ΤΟΥ , ΚΑΙ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΤΟΥ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΕΙ ΣΤΟ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟ ΤΟ ΑΤΟΜΙΚΟ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΟΥ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ/ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΤΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟ	
2	ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΤΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ 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 ΕΦΟΣΟΝ	
3	ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ ΠΕΡΙ ΑΔΥΝΑΜΙΑΣ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΗΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ	
4	ΑΠΟΦΑΣΗ ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗΣ ΑΡΜΟΔΙΟΥ ΟΡΓΑΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΒΟΛΗ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΗ ΤΩΝ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΥΠΕΥΘΥΝΩΝ ΔΗΛΩΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΟΝ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟ	
6	ΆΛΛΟ (περιγράψτε)	



**ΚΕΝΤΡΟ ΔΙΗΜΕΡΕΥΣΗΣ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ
ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ
ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟΥ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΙΤΕΑΣ**

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

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

Αιτούμαι και υποβάλλω συνημμένα δικαιολογητικά για την παροχή υπηρεσιών διημέρευσης και ημερήσιας φροντίδας ατόμων με αναπηρία από την δομή σας «**ΚΕΝΤΡΟ ΔΙΗΜΕΡΕΥΣΗΣ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟΥ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΙΤΕΑΣ** » με Κωδικό ΟΠΣ 5044917 στο Επιχειρησιακό πρόγραμμα "Στερεά Ελλάδα 2014-2020"

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

(υπογραφή)



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ
Ε.Π. Περιφέρειας Στερεάς Ελλάδας



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

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 διημέρευσης και ημερήσιας φροντίδας ατόμων με αναπηρία από την δομή σας «**ΚΕΝΤΡΟ ΔΙΗΜΕΡΕΥΣΗΣ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟΥ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΙΤΕΑΣ**» με Κωδικό ΟΠΣ 5044917 στο Επιχειρησιακό πρόγραμμα "Στερεά Ελλάδα 2014-2020"» για τον/την ωφελούμενο / ωφελούμενη..... που εκπροσωπώ ως.....

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)



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ
Ε.Π. Περιφέρειας Στερεάς Ελλάδας



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης