



Ευρωπαϊκή Ένωση  
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ-Ε.Π. ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΚΡΗΤΗΣ

**ΣΩΜΑΤΕΙΟ ΓΟΝΕΩΝ – ΚΗΔΕΜΟΝΩΝ  
ΚΑΙ ΦΙΛΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ  
«ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗ ΖΩΗ»**

Πιστοποιημένος Φορέας  
Παροχής Υπηρεσιών Κοινωνικής Φροντίδας  
Μη Κερδοσκοπικού Χαρακτήρα  
Άνω Καλέσσα (θέση Αστρίτσι)  
Δήμος Μαλεβιζίου – ΠΕ Ηρακλείου Κρήτης  
Τ.Κ. 71500  
Τηλέφωνο : 2810821600  
E-mail : [dikaiomastizoi@gmail.com](mailto:dikaiomastizoi@gmail.com)  
[www.dikaiomastizoi.gr](http://www.dikaiomastizoi.gr)

**ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ  
ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕ ΤΙΤΛΟ ΠΡΑΞΗΣ: ΣΥΔ «ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗ ΖΩΗ»**  
(Στέγες Υποστηριζόμενης Διαβίωσης) στο πλαίσιο της υλοποίησης της Πράξης με Κωδικό  
ΟΠΣ 5097209, που περιλαμβάνει τα παρακάτω Υποέργα:

- Υποέργο (1) «ΣΥΔ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗ ΖΩΗ 1»
- Υποέργο (2) «ΣΥΔ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗ ΖΩΗ 2»

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΜΕΣΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ**

<b>ΕΠΩΝΥΜΟ</b>						
<b>ΟΝΟΜΑ</b>						
<b>ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ</b>						
<b>ΗΜΕΡΟΜΗ ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ</b>						
<b>ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ</b>						
<b>ΑΦΜ</b>						
<b>ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ</b>						
<b>ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ</b>						
<b>ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ</b>	<b>ΝΟΜΟΣ</b>		<b>ΔΗΜΟΣ</b>		<b>ΠΟΛΗ</b>	
	<b>ΟΔΟΣ</b>		<b>ΑΡΙΘΜΟΣ</b>		<b>ΤΚ</b>	
<b>ΤΗΛΕΦΩΝΟ</b>		<b>FAX</b>		<b>e-mail</b>		



Ευρωπαϊκή Ένωση  
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ-Ε.Π. ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΚΡΗΤΗΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΜΜΕΣΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ (ΓΟΝΕΑ-ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΤΗ)					
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.	Φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου	
2.	Ληξιαρχική Πράξη Γέννησης	
3.	Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης	
4.	Πρόσφατη Φωτογραφία	
5.	Ιατρικό ιστορικό (γνωματεύσεις και πιστοποιητικά υγείας) που τεκμηριώνει τηναδυναμία 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.	Εάν το άτομο που είναι επιφορτισμένο με τη φροντίδα του συγκεκριμένου ωφελούμενου (γονέας/κηδεμόνας) είναι άνεργος/η, απαιτείται αντίγραφο τηςκάρτας ανεργίας του ΟΑΕΔ.	
9.	Εάν το άτομο που είναι επιφορτισμένο με τη φροντίδα του συγκεκριμένου ωφελούμενου (γονέας/κηδεμόνας) ή άλλο μέλος της οικογένειας ανήκει στην ομάδα των ΑμεΑ, απαιτείται αντίγραφο/α γνωμάτευσης πιστοποίησης της αναπηρίας του/τους εν ισχύ.	
10.	Πιστοποιητικό ασφαλιστικής ικανότητας (βεβαίωση ΑΜΚΑ).	
11.	Άλλο:	



Ευρωπαϊκή Ένωση  
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ-Ε.Π. ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΚΡΗΤΗΣ

### ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Αιτούμαι και υποβάλω συνημμένα δικαιολογητικά για την παροχή υπηρεσιών για τον / την ωφελούμενο / ωφελούμενη ..... , που εκπροσωπώ, ως Γονέας/Κηδεμόνας/Δικαστικός Συμπαραστάτης, από τις Στέγες Υποστηριζόμενης Διαβίωσης «ΣΥΔ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗ ΖΩΗ 1» και «ΣΥΔ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗ ΖΩΗ 2» του φορέα σας, στο πλαίσιο της υλοποίησης της Πράξης με Κωδικό ΟΠΣ 5097209.

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. 4624/2019 περί προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.

**Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΑΙΤΟΥΣΑ**

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ**