

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ / ΗΣ

Η πράξη «Επιχορήγηση έργου ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΔΙΗΜΕΡΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΕΣΤΙΑ ΑΓΙΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΓΑΛΑΞΙΔΙ» με Κωδικό ΟΠΣ 5007953 εγκρίθηκε με την 5111-21/12/2017 απόφαση ΕΥΔ ΕΠ Στερεάς Ελλάδας και συγχρηματοδοτείται από την Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση, μέσω του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Στερεά Ελλάδα 2014-2020», Άξονας Προτεραιότητας 10 «Πρόωθηση της κοινωνικής ένταξης και καταπολέμηση της φτώχειας –ΕΚΤ», ο οποίος συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, στο πλαίσιο του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (ΕΣΠΑ) για την προγραμματική περίοδο 2014-2020.

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

Ημερομηνία υποβολής : / /2018

ΑΡΙΘ. ΠΡΩΤ. :
(συμπληρώνεται από την Δομή)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: _____

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ: _____

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ: _____

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: _____

ΤΗΛΕΦΩΝΟ(ΣΤΑΘΕΡΟ): _____

ΤΗΛΕΦΩΝΟ(ΚΙΝΗΤΟ): _____

ΗΛΙΚΙΑ: _____

ΦΥΛΟ: _____



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



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

ΠΑΛΙΟΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΣ: ΝΑΙ ΟΧΙ

ΝΕΟΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΣ: ΝΑΙ ΟΧΙ

ΕΙΔΟΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ: _____

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ: _____

ΑΣΦΑΛΙΣΗ: ΝΑΙ ΟΧΙ

ΤΥΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:

ΙΔΡΥΜΑ ΚΛΕΙΣΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΟ

ΣΥΔ

ΙΔΙΩΤΙΚΗ Ή ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑ

ΆΛΛΟ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ:

ΥΠΑΡΞΗ ΆΛΛΟΥ ΑΜΕΑ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΝΑΙ ΟΧΙ

ΜΟΝΟΓΟΝΕΙΚΗ ΝΑΙ ΟΧΙ

ΆΛΛΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ _____

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ /ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: _____

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ: _____

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ: _____

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: _____

ΤΗΛΕΦΩΝΟ(ΣΤΑΘΕΡΟ): _____

ΤΗΛΕΦΩΝΟ(ΚΙΝΗΤΟ): _____



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



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΓΟΝΕΑ –ΚΗΔΕΜΟΝΑ:

ΑΝΕΡΓΟΣ	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>
ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΣ	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>



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



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

ΣΥΝΥΠΟΒΑΛΛΟΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ	
1. Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου ή πιστοποιητικό γεννήσεως. 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 οικονομικό έτος 2016, ή σχετική υπεύθυνη δήλωση σε περίπτωση που δεν υποχρεούται.	
3. Αντίγραφο Βεβαίωσης πιστοποίησης της αναπηρίας του ωφελούμενου, εν ισχύ.	
4. Αντίγραφο Πιστοποιητικού οικογενειακής κατάστασης.	
5. Εάν το άτομο που είναι επιφορτισμένο με τη φροντίδα του συγκεκριμένου ωφελούμενου (γονέας/κηδεμόνας) είναι άνεργος/η, απαιτείται αντίγραφο της κάρτας ανεργίας του ΟΑΕΔ.	
6. 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 βεβαίωσης πιστοποίησης της αναπηρίας του/τους εν ισχύ.	
7. Πιστοποιητικό ασφαλιστικής ικανότητας (βεβαίωση ΑΜΚΑ).	



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



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

8.Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 παρ. 4 του ν. 1599/1986 του ωφελούμενου ή του νόμιμου κηδεμόνα/ εκπροσώπου, που να αναφέρει ότι:

α) δεν θα λαμβάνει αποζημίωση για τις συγχρηματοδοτούμενες υπηρεσίες που του παρέχονται από το ΚΔΗΦ/λοιπό Κέντρο από άλλη χρηματοδοτική πηγή (π.χ. ΕΟΠΥΥ) κατά την περίοδο συμμετοχής του στην πράξη	
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 από ίδρυμα/θεραπευτήριο/ΚΚΠΠ, κ.α.:

α) Σχετική βεβαίωση του αρμόδιου οργάνου / νόμιμου εκπροσώπου του ιδρύματος/θεραπευτηρίου/ΚΚΠΠ, κ.α. 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.	
β) 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 ιδρύματα κλειστής περίθαλψης/θεραπευτήρια/ΚΚΠΠ, κ.α. η αδυναμία προσκόμισης των δικαιολογητικών/εγγράφων των ανωτέρω σημείων 1, 2, 4 και 7 , δύναται να καλυφθεί με σχετική υπεύθυνη δήλωση του νόμιμου εκπροσώπου του ιδρύματος, μετά από σχετική απόφαση εξουσιοδότησης του αρμόδιου οργάνου του ιδρύματος.	



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο

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



ΕΣΠΑ
2014-2020
ανάπτυξη - εργασία - αλληλεγγύη

ΑΛΛΟ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
-------------	------------------

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ/ΔΙΚ.ΣΥΜΠΑΡ.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ



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



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης