



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ
Ε.Π. "Αττική" 2014 - 2020



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Ημερομηνία Υποβολής:/...../.....

Αριθμ. Πρωτ.: (Συμπληρώνεται από τη δομή)

Προς: Σύνδεσμο Προστασίας παιδιών και ΑΜΕΑ

Ταχ. Δ/ση: Β. ΜΕΛΑ 1

Ταχ. Κωδ.: 15562

Τηλέφωνο:

FAX:

E-mail:

**Αίτηση Συμμετοχής ωφελούμενου στην Πράξη
«ΚΕΝΤΡΟ ΔΙΗΜΕΡΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ:ΠΑΡΟΧΗ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ, ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΚΑΙ ΔΙΚΤΥΩΣΗΣ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ»
στο πλαίσιο του Άξονα Προτεραιότητας 09
(Πρώθηση της Κοινωνικής Ένταξης και Καταπολέμηση της Φτώχειας
και Διακρίσεων - Διασφάλιση της Κοινωνικής Συνοχής)
που συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, του Ε.Π. "Αττική" 2014-2020**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΜΕΣΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ									
ΕΠΩΝΥΜΟ									
ΟΝΟΜΑ									
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ									
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ									
ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ									
ΑΦΜ									
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ									
ΤΥΠΟΣ ΠΛΑΙΣΙΟΥ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΤΥΠΟΥ ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΗ ΔΟΜΗ				ΙΔΡΥΜΑ ΚΛΕΙΣΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ				
ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ									
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ				ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΣ				
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΜΟΝΟ ΓΟΝΕΪΚΗ		ΤΡΙΤΕΚΝΗ		ΠΟΛΥ ΤΕΚΝΗ		ΑΛΛΟ ΜΕΛΟΣ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ		
ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ	ΝΟΜΟΣ			ΔΗΜΟΣ		ΠΟΛΗ			
	ΟΔΟΣ			ΑΡΙΘΜΟΣ		ΤΚ			
ΤΗΛΕΦΩΝΟ	FAX			e-mail					



Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ
Ε.Π. "Αττική" 2014 - 2020



η - εργασία - αλληλεγγύη

Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΜΜΕΣΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ									
ΕΠΩΝΥΜΟ									
ΟΝΟΜΑ									
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ									
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ									
ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ									
ΑΦΜ									
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ									
ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗΣ									
ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΣ	ΝΑΙ				ΟΧΙ				
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ				ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΣ				
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΜΟΝΟ ΓΟΝΕΪΚΗ		ΤΡΙΤΕΚΝΗ		ΠΟΛΥ ΤΕΚΝΗ		ΑΛΛΟ ΜΕΛΟΣ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ		
ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ	ΝΟΜΟΣ			ΔΗΜΟΣ		ΠΟΛΗ			
	ΟΔΟΣ			ΑΡΙΘΜΟΣ		ΤΚ			
ΤΗΛΕΦΩΝΟ				FAX		e-mail			



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ
Ε.Π. "Αττική" 2014 - 2020



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΩ	
1.	Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου ή πιστοποιητικό γεννήσεως. Σε περίπτωση μη ύπαρξης των προαναφερόμενων (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 2015, 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.	Αντίγραφο της κάρτας ανεργίας του ΟΑΕΔ εάν το άτομο που είναι επιφορτισμένο με τη φροντίδα του συγκεκριμένου ωφελούμενου (γονέας/κηδεμόνας) είναι άνεργος/η απαιτείται.
6.	Αντίγραφο/α βεβαίωσης πιστοποίησης της αναπηρίας του/τους εν ισχύ, εάν το άτομο που είναι επιφορτισμένο με τη φροντίδα του συγκεκριμένου ωφελούμενου (γονέας/κηδεμόνας) ή άλλο μέλος της οικογένειας ανήκει στην ομάδα των ΑμεΑ.
7.	Πιστοποιητικό ασφαλιστικής ικανότητας (βεβαίωση ΑΜΚΑ)
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 τον Σύνδεσμο Προστασίας Παιδιών και ΑμεΑ από άλλη χρηματοδοτική πηγή (π.χ. ΕΟΠΥΥ) κατά την περίοδο συμμετοχής του στην πράξη, και β) δεν θα λαμβάνει υπηρεσίες από 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.: 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 αξιολόγησης του ωφελούμενου από την επιστημονική ομάδα του ιδρύματος.
10.	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.

Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

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, Σύνδεσμος Προστασίας Παιδιών και ΑμεΑ του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Αττική» 2014 - 2020, Άξονας Προτεραιότητας 09 (Πρώθηση της Κοινωνικής Ένταξης και Καταπολέμηση της Φτώχειας και Διακρίσεων - Διασφάλιση της Κοινωνικής Συνοχής) του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (ΕΣΠΑ) για την προγραμματική περίοδο 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

(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 Συμπαραστάσης, από τη δομή σας, Σύνδεσμος Προστασίας Παιδιών και ΑμεΑ του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Αττική» 2014 - 2020, Άξονας Προτεραιότητας 09 (Πρώθηση της Κοινωνικής Ένταξης και Καταπολέμηση της Φτώχειας και Διακρίσεων - Διασφάλιση της Κοινωνικής Συνοχής) του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (ΕΣΠΑ) για την προγραμματική περίοδο 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

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ – ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ)