

**Σύλλογος Γονέων και Φίλων Αυτιστικών Ατόμων**

**Αναγέννηση**

**Ταχ. Δ/νση: Μεγάλου Αλεξάνδρου 52 Μαρούσι ΤΚ 15124.**

**Τηλ. 2108322477**

**E-mail: anagennisi03@yahoo.gr**

**Ιστοσελίδα: www.anagennisi-autismos.gr**

**Ημερομηνία Υποβολής:…./…./……**

**Αριθ. Πρωτ.:………**

**(συμπληρώνεται από το Φορέα**)

**Αίτηση Συμμετοχής ωφελούμενου στην Πράξη που περιλαμβάνει τα κάτωθι Υποέργα:**

• Υποέργο (1) «Επιχορήγηση Λειτουργίας Στέγης Υποστηριζόμενης Διαβίωσης ΣΥΔ Αναγέννηση 1 στο Μαρούσι, τεσσάρων (4) ατόμων με αυτισμό της πρόσκλησης με κωδικό ΟΠΣ (MIS) 5070895.

• Υποέργο (2) «Επιχορήγηση Λειτουργίας Στέγης Υποστηριζόμενης Διαβίωσης Αναγέννηση 2 στο Μαρούσι, τεσσάρων (4) ατόμων με αυτισμό της πρόσκλησης με κωδικό ΟΠΣ (MIS) 5070895.

|  |
| --- |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΜΜΕΣΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ** |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ**  |  |
| **ΟΝΟΜΑ**  |  |
| **ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ**  |  |
| **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ**  |  |
| **ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ**  |  |
| **ΑΦΜ**  |  |
| **ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ**  |  |
| **ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗΣ (εφόσον υπάρχει)**  |  |
| **ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ** | **ΝΟΜΟΣ**  |  | **ΔΗΜΟΣ**  |  | **ΠΟΛΗ**  |  |
| **ΟΔΟΣ**  |  | **ΑΡΙΘ.** |  | **ΤΚ** |  |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ** |  |

|  |
| --- |
| **ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΩ** |
| 1.  | Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου.  |  |
| 2.  | Ληξιαρχική Πράξη Γέννησης.  |  |
| 3.  | Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης.  |  |
| 4.  | Πρόσφατες Φωτογραφίες (3)  |  |
| 5.  | Ιατρικό ιστορικό (γνωματεύσεις και πιστοποιητικά υγείας) που τεκμηριώνει την αδυναμία 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 της κάρτας 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 βεβαίωσης πιστοποίησης της αναπηρίας του/τους εν ισχύ.  |  |
| 10.  | Πιστοποιητικό ασφαλιστικής ικανότητας (βεβαίωση ΑΜΚΑ).  |  |
| 11.  | Αντίγραφο ή εκτύπωση του ατομικού ή οικογενειακού εκκαθαριστικού σημειώματος εφόσον το άτομο υποχρεούται να έχει καταθέσει φορολογική δήλωση, ή σχετική υπεύθυνη δήλωση σε περίπτωση που δεν υποχρεούται  |  |



**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

Αιτούμαι και υποβάλω συνημμένα δικαιολογητικά για την παροχή υπηρεσιών για τον / την ωφελούμενο / ωφελούμενη ………………………… …………………… ……………… …… …… ……… ……, που εκπροσωπώ, ως Γονέας/Κηδεμόνας/Δικαστικός Συμπαραστάτης, από τη Δομή σας, Σύλλογος Γονέων και Φίλων Αυτιστικών Ατόμων Αναγέννηση στον Άξονα Προτεραιότητας «Προώθηση της Κοινωνικής Ένταξης και Καταπολέμηση της Φτώχειας και Διακρίσεων – Διασφάλιση της Κοινωνικής Συνοχής» του Ε.Π. «Αττική» της Πράξης: «ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΤΕΓΩΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΖΟΜΕΝΗΣ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ (ΣΥΔ) Αναγέννηση 1 & 2.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**

