

## ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ / ΗΣ

Η πράξη « Στέγη Υποστηριζόμενης Διαβίωσης ατόμων με νοητική υστέρηση : κτίριο 1 « ΖΩΗ» και κτίριο 2 «ΕΙΡΗΝΗ» με Κωδικό ΟΠΣ 5085295 εγκρίθηκε με την 2406-27/10/2021 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 «Προώθηση 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 : / /2021

**ΑΡΙΘ. ΠΡΩΤ. :**

(συμπληρώνεται από την Δομή)

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: \_\_\_\_\_

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ: \_\_\_\_\_

ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝ. \_\_\_\_\_ ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ \_\_\_\_\_

ΑΡ.ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ \_\_\_\_\_ ΑΦΜ: \_\_\_\_\_

ΚΥΡΙΟΣ ΑΣΦΑΛ. ΦΟΡΕΑΣ \_\_\_\_\_ ΤΥΠΟΣ ΠΛΑΙΣΙΟΥ ΔΙΑΜΟΝΗΣ \_\_\_\_\_

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: \_\_\_\_\_

ΤΗΛΕΦΩΝΟ(ΣΤΑΘΕΡΟ): \_\_\_\_\_ ΤΗΛΕΦΩΝΟ(ΚΙΝΗΤΟ): \_\_\_\_\_

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ /ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ:**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: \_\_\_\_\_

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ: \_\_\_\_\_

ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝ. \_\_\_\_\_ ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ \_\_\_\_\_

ΑΡ.ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ \_\_\_\_\_ ΑΦΜ: \_\_\_\_\_

ΚΥΡΙΟΣ ΑΣΦΑΛ. ΦΟΡΕΑΣ \_\_\_\_\_ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ \_\_\_\_\_

ΑΡ.ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΔΙΚ.ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗΣ \_\_\_\_\_

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: \_\_\_\_\_

ΤΗΛΕΦΩΝΟ(ΣΤΑΘΕΡΟ): \_\_\_\_\_ ΤΗΛΕΦΩΝΟ(ΚΙΝΗΤΟ): \_\_\_\_\_

<b>ΣΥΝΥΠΟΒΑΛΛΟΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ</b>	
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.	
2. Αντίγραφο της άδειας διαμονής εν ισχύ αν ο ωφελούμενος είναι αλλοδαπός από τρίτες χώρες ή αντίγραφο ταυτότητας ομογενούς εάν είναι Έλληνας ομογενής.	
3. Αντίγραφο τελευταίου εκκαθαριστικού σημειώματος ή τελευταίας φορολογικής δήλωσης ή άλλο νόμιμο έγγραφο	
4. Υπεύθυνη δήλωση θεωρημένη από την αρμόδια ΔΟΥ ότι δεν υποχρεούται να υποβάλλει φορολογική δήλωση.	
5. Αντίγραφο Πιστοποιητικού οικογενειακής κατάστασης ωφελούμενου και κηδεμόνα.	
6. Εάν το άτομο που είναι επιφορτισμένο με τη φροντίδα του συγκεκριμένου ωφελούμενου (γονέας/κηδεμόνας) είναι άνεργος/η, απαιτείται αντίγραφο της κάρτας ανεργίας του ΟΑΕΔ.	
7. Εάν το άτομο που είναι επιφορτισμένο με τη φροντίδα του συγκεκριμένου ωφελούμενου (γονέας/κηδεμόνας) ή άλλο μέλος της οικογένειας ανήκει στην ομάδα των	



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



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

ΑμεΑ, απαιτείται αντίγραφο/α βεβαίωσης πιστοποίησης της αναπηρίας του/τους εν ισχύ.	
8. Πιστοποιητικό Ασφαλιστικής Ικανότητας ωφελουμένου & του νόμιμου κηδεμόνα /εκπροσώπου και αντίγραφο βιβλιαρίου ασθενείας του ωφελουμένου	
9. Βεβαίωση ΑΜΚΑ ωφελουμένου και του νόμιμου κηδεμόνα /εκπροσώπου	
10. Βεβαίωση υγειονομικής επιτροπής ωφελουμένου (ΚΕΠΑ)	
11. Υπεύθυνη δήλωση ότι ο ωφελούμενος δεν θα λαμβάνει υπηρεσίες από άλλη δομή	
12. Άδεια διαμονής σε ισχύ ( σε περίπτωση αλλοδαπών από τρίτες χώρες) ή αντίγραφο ταυτότητας ομογενούς (σε περίπτωση Έλληνα ομογενούς)	
13. Απόφαση Δικαστικής Συμπάραστασης (εάν υπάρχει) και Πιστοποιητικό Πρωτοδικείου περί τελεσιδικίας	
14. Πιστοποιητικό εμβολιασμού ή νόσησης κατά του Covid-19	

### **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.	
γ) 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	



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



σχετική απόφαση εξουσιοδότησης του αρμόδιου οργάνου του ιδρύματος.	
δ) Απόφαση εξουσιοδότησης αρμόδιου οργάνου για την προσκόμιση Υπεύθυνης Δήλωσης από τον νόμιμο εκπρόσωπο	
ε) Απόφαση υποβολής αίτησης του αρμόδιου οργάνου του Ιδρύματος (μόνο για ωφελούμενους που διαβιούν σε Ιδρύματα κλειστής περιθαλψής)	

<b>ΑΛΛΟ</b>	<b>ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ</b>

**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**