

**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**

