



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ  
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ  
Ε.Π. Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας



### ΑΙΤΗΣΗ

**ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ «Οικοτροφείο για δεκαπέντε (15) ενήλικα άτομα χρονίως πάσχοντα από διαταραχές αυτιστικού φάσματος με χαμηλή λειτουργικότητα «ΑΡΙΑΔΝΗ ΙΙ» της Ε.Ε.Π.Α.Α.» με Κωδικό ΟΠΣ 5045650, του Επιχειρησιακού Προγράμματος «ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ 2014-2020»**

Ημερομηνία υποβολής: / 12/ 2020

ΑΡΙΘ. ΠΡΩΤ. (συμπληρώνεται από τον φορέα):

Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ/ΗΣ						
ΕΠΩΝΥΜΟ						
ΟΝΟΜΑ					ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ						
ΑΡ.ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ				Α.Φ.Μ. / ΑΛΛΟ		
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ						
ΤΥΠΟΣ ΠΛΑΙΣΙΟΥ ΔΙΑΜΟΝΗΣ						
ΚΥΡΙΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ						
ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ:	ΝΟΜΟΣ		ΔΗΜΟΣ		ΠΟΛ Η	
	ΟΔΟΣ		ΑΡΙΘΜΟΣ		Τ.Κ.	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ		FAX		e-mail		

Β. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ / ΚΗΔΕΜΟΝΑ / ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ /ΗΣ						
ΕΠΩΝΥΜΟ						
ΟΝΟΜΑ					ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ						
ΑΡ.ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ				Α.Φ.Μ. / ΑΛΛΟ		
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ						



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ  
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ  
Ε.Π. Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας



<b>ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ</b>						
<b>ΚΥΡΙΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ</b>						
<b>ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗΣ (ΕΦΟΣΟΝ ΥΠΑΡΧΕΙ)</b>						
<b>ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ:</b>	ΝΟΜΟΣ		ΔΗΜΟΣ		ΠΟΛΗ	
	ΟΔΟΣ		ΑΡΙΘΜΟΣ		Τ.Κ.	
<b>ΤΗΛΕΦΩΝΟ</b>		<b>FAX</b>		<b>e-mail</b>		

<b>Γ. ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΥΠΟΒΑΛΛΩ</b>		Τίθεται Χ σε ό,τι υποβάλλεται συνημμένα
<b>ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ/ΗΣ</b>		
1	ΑΠΟΦΑΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΤΟΥ ΑΡΜΟΔΙΟΥ ΟΡΓΑΝΟΥ ΤΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ (ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΔΙΑΒΙΟΥΝ ΣΕ ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΚΛΕΙΣΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ)	
2	ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ Η΄ ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ Η ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	
3	ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΑΔΕΙΑΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ (ΜΟΝΟ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΩΝ ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ ΑΛΛΟΔΑΠΟΙ ΑΠΟ ΤΡΙΤΕΣ ΧΩΡΕΣ)	
4	ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΟΜΟΓΕΝΟΥΣ (ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΩΝ ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ ΕΛΛΗΝΕΣ ΟΜΟΓΕΝΗΣ)	
5	ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΤΗΣ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΤΟΥ / ΤΗΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ / ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΗΣ ΣΕ ΙΣΧΥ	
6	ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	
7	ΕΓΓΡΑΦΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ Ή ΧΡΟΝΙΑΣ ΠΑΘΗΣΗΣ ΤΟΥ ΓΟΝΕΑ Ή ΚΗΔΕΜΟΝΑ Ή ΑΛΛΟΥ ΜΕΛΟΥΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	
8	ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΝΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΒΙΒΛΙΑΡΙΟΥ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ	
9	ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΑΜΚΑ ΤΟΥ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΝΟΜΙΜΟΥ ΚΗΔΕΜΟΝΑ/ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ	
10	ΑΠΟΦΑΣΗ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗΣ (ΕΙΝΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΟ ΓΙΑ ΤΑ ΕΝΗΛΙΚΑ ΑΜΕΑ)	
11	ΥΔ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ/ΝΟΜΙΜΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟ	



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ  
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ  
Ε.Π. Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας



ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΩΝ ΑΠΟ ΙΔΡΥΜΑ/ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ/ ΜΨΥ	
1	ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΒΑΘΜΟ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΟΥ ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΟΥ. ΣΤΗΝ ΕΚΘΕΣΗ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΒΕΒΑΙΩΝΕΤΑΙ ΟΤΙ Ο/Η ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΣ /Η ΣΥΝΑΙΝΕΙ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ
2	ΑΠΟΦΑΣΗ ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗΣ ΑΡΜΟΔΙΟΥ ΟΡΓΑΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΗ ΥΠΕΥΘΥΝΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΝΟΜΙΜΟ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟ

#### 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, «Οικοτροφείο ΑΡΙΑΔΝΗ II», στο πλαίσιο της Πράξης «Οικοτροφείο για δεκαπέντε (15) ενήλικα άτομα χρονίως πάσχοντα από διαταραχές αυτιστικού φάσματος με χαμηλή λειτουργικότητα «ΑΡΙΑΔΝΗ II» της Ε.Ε.Π.Α.Α.» με Κωδικό ΟΠΣ 5045650, του Επιχειρησιακού Προγράμματος «ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ 2014-2020» του ΕΣΠΑ, ΑΞ09Β-«Πρόωθηση της κοινωνικής ένταξης και καταπολέμηση της φτώχειας».

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 Συμπράστασης, από τη δομή σας «Οικοτροφείο ΑΡΙΑΔΝΗ II», στο πλαίσιο της Πράξης «Οικοτροφείο για δεκαπέντε (15) ενήλικα άτομα χρονίως πάσχοντα από διαταραχές αυτιστικού φάσματος με χαμηλή λειτουργικότητα «ΑΡΙΑΔΝΗ II» της Ε.Ε.Π.Α.Α.» με Κωδικό ΟΠΣ 5045650, του Επιχειρησιακού Προγράμματος «ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ 2014-2020» του ΕΣΠΑ, ΑΞ09Β-«Πρόωθηση της κοινωνικής ένταξης και καταπολέμηση της φτώχειας».

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)**