

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΑΞΗ :**  **«ΕΣΤΙΑ - ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ»** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | Ημερομηνία υποβολής : ………... /……….…. / 2022 Αρ. Πρωτ. : …………. | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  |  | | |  | | | | | | | | |  | | |  | |  | |  | | |
| **Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ/ ΚΗΔΕΜΟΝΑ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ** | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ΟΝΟΜΑ** | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ΚΥΡΙΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ** | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ:** | | | ΟΔΟΣ | | |  | | | | | | | | | | | ΑΡΙΘΜΟΣ | | | |  | |
| ΠΟΛΗ | | |  | | | | | | | | | | | Τ.Κ. | | | |  | |
| **ΤΗΛΕΦΩΝΟ** | | |  | | | | | **FAX** | |  | | | | **e-mail** | | |  | | | | | |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ** | | | **Ύπαρξη άλλου ΑμεΑ στην οικογένεια** | | | | | | | | | **ΝΑΙ** | | |  | | | | **ΟΧΙ** | | |  |
| **Μονογονεϊκή οικογένεια** | | | | | | | | | **ΝΑΙ** | | |  | | | | **ΟΧΙ** | | |  |
| **Τρίτεκνοι/ πολύτεκνοι** | | | | | | | | | **ΝΑΙ** | | |  | | | | **ΟΧΙ** | | |  |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΓΟΝΕΑ/ ΚΗΔΕΜΟΝΑ** | | | **ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΣ / Η** | | | | | |  | | | **ΑΝΕΡΓΟΣ** | | | | | | |  | | | |
| **ΑΠΟΦΑΣΗ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗΣ** | | | **ΝΑΙ** | |  | | **ΟΧΙ** | |  | | **ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ:** | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Β. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΜΕΣΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ/ΗΣ** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ** |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **ΟΝΟΜΑ** |  | | | | | | | | **ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ** | | | |  | | |
| **ΦΥΛΟ** | **ΑΝΔΡΑΣ** | | |  | | | | **ΓΥΝΑΙΚΑ** | | | | | |  | |
| **ΣΥΜΜΕΤΕΧΕΤΕ ΗΔΗ ΣΕ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΗΣ ΕΣΤΙΑΣ** | **ΝΑΙ** | |  | | | | **ΟΧΙ** | | | |  | | | | |
| **ΕΙΔΟΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ** |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ** |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **ΤΥΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ** | **ΙΔΡΥΜΑ ΚΛΕΙΣΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ** | | | | | | |  | | | | | | | |
| **ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΟ** | | | | | | |  | | | | | | | |
| **ΣΥΔ** | | | | | | |  | | | | | | | |
| **ΙΔΙΩΤΙΚΗ/ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑ** | | | | | | |  | | | | | | | |
| **ΚΥΡΙΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ** |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ:** | ΟΔΟΣ |  | | | | | | | | | | ΑΡΙΘΜΟΣ | | |  |
| ΠΟΛΗ |  | | | | | | | | | | Τ.Κ. | | |  |
| **ΤΗΛΕΦΩΝΟ** |  | | | | **FAX** |  | | | | **e-mail** | |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Γ. ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΥΠΟΒΑΛΛΩ** | | | | | | | | | Σημειώστε Χ σε ό,τι υποβάλλεται συνημμένα |
| 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.  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 2021, ή σχετική υπεύθυνη δήλωση σε περίπτωση που δεν υποχρεούται. | | | | | | | |  |
| 3 | Αντίγραφο Βεβαίωσης πιστοποίησης της αναπηρίας του ωφελούμενου, εν ισχύ. | | | | | | | |  |
| 4 | Αντίγραφο πρόσφατου Πιστοποιητικού οικογενειακής κατάστασης που να έχει εκδοθεί εντός του τελευταίου εξαμήνου πριν από την ημερομηνία πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος. | | | | | | | |  |
| 5 | Εάν το άτομο που είναι επιφορτισμένο με τη φροντίδα του συγκεκριμένου ωφελούμενου (γονέας/κηδεμόνας) είναι άνεργος/η, απαιτείται αντίγραφο της κάρτας ανεργίας του ΟΑΕΔ ή άλλο ισοδύναμο έγγραφο σε ισχύ από τα οποία θα προκύπτει ότι την ημερομηνία υποβολής της αίτησης είναι άνεργος/η. | | | | | | | |  |
| 6 | Εάν το άτομο που είναι επιφορτισμένο με τη φροντίδα του συγκεκριμένου ωφελούμενου (γονέας/κηδεμόνας) είναι εργαζόμενος/η απαιτείται : α) πρόσφατη βεβαίωση εργοδότη αν είναι μισθωτός/ή β) υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 του ν.1599/1986 αν είναι αυτοαπασχολούμενος/η ή ελεύθερος/η επαγγελματίας | | | | | | | |  |
| 7 | 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. | | | | | | | |  |
| 8 | Πιστοποιητικό ασφαλιστικής ικανότητας όπως εκδίδεται από το ΚΕΠ ή από τις ηλεκτρονικές υπηρεσίες του αντίστοιχου ασφαλιστικού φορέα ή από το Εθνικό Μητρώο Ασφάλισης – Ασφαλιστικής Ικανότητας ¨ΑΤΛΑΣ¨ (<https://www.atlas.gov.gr/ATLAS/Pages/Home.aspx>) | | | | | | | |  |
| 9 | Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 παρ. 4 του ν. 1599/1986 του ωφελούμενου ή του νόμιμου κηδεμόνα/εκπροσώπου (βρίσκεται συνημμένη στην αίτηση), που να αναφέρει ότι:  α) δεν θα λαμβάνει αποζημίωση για τις συγχρηματοδοτούμενες υπηρεσίες που του παρέχονται από το ΚΔΗΦ ΕΣΤΙΑ από άλλη χρηματοδοτική πηγή (π.χ. ΕΟΠΥΥ) κατά την περίοδο συμμετοχής του στην πράξη, και  β) δεν θα λαμβάνει υπηρεσίες από άλλο ΚΔΗΦ ή άλλο φορέα παροχής παρεμφερών υπηρεσιών, ο οποίος χρηματοδοτείται από εθνικούς ή/και κοινοτικούς πόρους, κατά την περίοδο συμμετοχής του στην πράξη. | | | | | | | |  |
| 10 | 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/αξιολόγηση του ωφελούμενου από την επιστημονική ομάδα του ιδρύματος. * Συνοπτική έκθεση της επιστημονικής ομάδας για το βαθμό προσαρμογής του ατόμου στο πρόγραμμα του ΚΔΗΦ. Στη σχετική έκθεση πρέπει επίσης να βεβαιώνεται ότι ο υποψήφιος ωφελούμενος συναινεί για τη συμμετοχή του στην πράξη.   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 8, δύναται να καλυφθεί με σχετική υπεύθυνη δήλωση του νόμιμου εκπροσώπου του ιδρύματος, μετά από σχετική απόφαση εξουσιοδότησης του αρμόδιου οργάνου του ιδρύματος | | | | | | | |  |
| 11. | Πιστοποιητικό εμβολιασμού κατά της νόσου covid 19  Στο πλαίσιο της πρόληψης της διασποράς του κορωνοϊού και σύμφωνα με την Αρ. Πρωτ.  63877/ 31-08-2021 Εγκύκλιο του ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΣ KAI ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ (ΑΔΑ ΩΜΥΦ46ΜΤΛΚ-ΔΚΑ), επιτρέπεται η συμμετοχή στα προγράμματα της ΕΣΤΙΑ μόνο σε ωφελούμενους που έχουν εμβολιαστεί πλήρως κατά του κορωνοϊού COVID-19, τηρουμένων των οδηγιών εμβολιασμού, ανά ηλικιακή ομάδα, όπως αυτές έχουν καθοριστεί από την αρμόδια επιτροπή εμβολιασμού, τηρουμένων των εξαιρέσεων που προβλέπονται για αποδεδειγμένους λόγους υγείας. | | | | | | | |  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |  | Ο / Η ΑΙΤΩΝ / ΑΙΤΟΥΣΑ  (υπογραφή) | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |