



ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ  
ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ «ΚΕΝΤΡΟ ΔΗΜΕΡΕΥΣΗΣ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ  
ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΣΠΑΣΤΙΚΩΝ-ΠΟΡΤΑ ΑΝΟΙΧΤΗ» (κωδ. ΟΠΣ 5002420)  
ΣΤΟ Ε.Π. «ΑΤΤΙΚΗ 2014-2020»

Ημερομηνία υποβολής αίτησης	Αρ. Πρωτ.
-----------------------------	-----------

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ			
ΕΠΩΝΥΜΟ			
ΟΝΟΜΑ			
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ			
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ			
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ			
ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΗ ΔΕΙΥΘΥΝΣΗ	ΟΔΟΣ & ΑΡΙΘΜΟΣ		
	ΠΟΛΗ	Τ.Κ.	
ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ		ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ	
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟ ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟ			
ΠΑΛΑΙΟΣ/Α ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΣ/Η		ΝΕΟΣ/Α ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΣ/Η	
ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ/Η		ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΣ/Η	
ΑΡ.ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ		Α.Φ.Μ.	
ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ			
ΕΙΔΟΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ			% ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
ΤΥΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	ΙΔΡΥΜΑ ΚΛΕΙΣΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ		ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΟ
	ΣΤΕΓΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΖΟΜΕΝΗΣ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ		ΙΔΙΩΤΙΚΗ Ή ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑ
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΥΠΑΡΕΧ ΑΛΛΟΥ ΑΜΕΑ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ		ΜΕΛΟΣ ΜΟΝΟΓΟΝΕΪΚΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ
	ΤΡΙΤΕΚΝΟΣ/Η – ΠΟΛΥΤΕΚΝΟΣ/Η		



ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ / ΝΟΜΙΜΟΥ ΚΗΔΕΜΟΝΑ Ή ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ			
ΕΠΩΝΥΜΟ			
ΟΝΟΜΑ			
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ			
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ			
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ			
ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΗ ΔΕΙΥΘΥΝΣΗ	ΟΔΟΣ & ΑΡΙΘΜΟΣ		
	ΠΟΛΗ		Τ.Κ.
ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ		ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ	
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟ ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟ			
ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ/Η		ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΣ/Η	
ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΣ/Η		ΑΝΕΡΓΟΣ/Η	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ		Τίθεται X σε ό,τι υποβάλλεται συνημμένα
1.	<b>Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου ή πιστοποιητικό γέννησης.</b> Σε περίπτωση μη ύπαρξης των προαναφερομένων (π.χ. περιπτώσεις ατόμων που διαβιούν σε ιδρύματα) οποιοδήποτε άλλο έγγραφο ταυτοποίησης. <i>Εάν ο ωφελούμενος είναι αλλοδαπός από τρίτες χώρες απαιτείται και αντίγραφο της άδειας διαμονής εν ισχύ. Εάν ο ωφελούμενος είναι Έλληνας ομογενής απαιτείται αντίγραφο ταυτότητας ομογενούς.</i>	
2.	<b>Αντίγραφο ή εκτύπωση ατομικού ή οικογενειακού εκκαθαριστικού σημειώματος,</b> εφόσον ο ωφελούμενος υποχρεούται να έχει καταθέσει φορολογική δήλωση, για το <u>οικονομικό έτος 2015</u> ή σχετική υπεύθυνη δήλωση σε περίπτωση που δεν υποχρεούται	
3.	<b>Αντίγραφο βεβαίωσης πιστοποίησης της αναπηρίας του ωφελουμένου εν ισχύ</b>	
4.	<b>Αντίγραφο πιστοποιητικού οικογενειακής κατάστασης</b> (ημερομηνία έκδοσης τελευταίου τριμήνου)	
5.	<b>Πιστοποιητικό ασφαλιστικής ικανότητας (βεβαίωση ΑΜΚΑ)</b>	



6.	<p><b>Υπεύθυνη δήλωση</b> του ωφελούμενου ή του νόμιμου κηδεμόνα/εκπροσώπου που να αναφέρει:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Δεν θα λαμβάνει αποζημίωση για τις συγχρηματοδοτούμενες υπηρεσίες που παρέχονται από το ΚΔΗΦ της Εταιρείας Προστασίας Σπαστικών-Πόρτα Ανοιχτή από άλλη χρηματοδοτική πηγή (πχ. ΕΟΠΥΥ) κατά την περίοδο συμμετοχής του στην Πράξη</li><li>• 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.</li></ul>	
7.	<p>Σε περίπτωση <u>ωφελούμενου</u> από ίδρυμα/θεραπευτήριο/Κέντρα Κοινωνικής Πρόνοιας Περιφερειών (ΚΚΠΠ):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>♦ 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.</li><li>♦ 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.</li></ul> <p>Για τους ωφελούμενους που διαβιούν σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης//θεραπευτηρίου/ΚΚΠΠ κ.α. η αδυναμία προσκόμισης των δικαιολογητικών/εγγράφων των ανωτέρω σημείων 2, 3, 5 και 6 δύναται να καλυφθεί με σχετική Υπεύθυνη δήλωση του νόμιμου εκπροσώπου του Ιδρύματος, μετά από σχετική απόφαση εξουσιοδότησης του αρμόδιου οργάνου του ιδρύματος</p>	
8.	<p>Εάν το άτομο που είναι επιφορτισμένο με τη φροντίδα του ωφελούμενου (γονέας/κηδεμόνας) είναι άνεργος/η, <u>αντίγραφο της κάρτας ανεργίας του ΟΑΕΔ</u></p>	
9.	<p>Εάν το άτομο που είναι επιφορτισμένο με τη φροντίδα του ωφελούμενου (γονέας/κηδεμόνας) ή άλλο μέλος της οικογένειας ανήκει στην ομάδα των ΑΜΕΑ, <u>αντίγραφο/α βεβαίωσης πιστοποίησης της αναπηρίας του/τους εν ισχύ</u></p>	

#### ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Αιτούμαι και υποβάλλω συνημμένα δικαιολογητικά για την παροχή υπηρεσιών του αναφερόμενου στην Αίτηση ατόμου, από τη Δομή σας. 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 και των σχετικών τροποποιήσεων του περί προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.

Ο / Η ΑΙΤΩΝ / ΑΙΤΟΥΣΑ

(υπογραφή-ονοματεπώνυμο)

