

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ
ΑΝΑΓΚΕΣ ΔΗΜΟΥ ΑΧΑΡΝΩΝ
«ΑΡΩΓΗ» Ν.Π.Δ.Δ.
Μπόσκιζας & Πλαταιών 23^Α
Αχαρνές 13679
Τηλ.: 210 2404444
Fax : 210 2404443
Kdap.arogi@gmail.com

Ημερομηνία υποβολής...../...../2024
Αριθ. Πρωτ.....

Αίτηση Συμμετοχής ωφελούμενου στην Πράξη που περιλαμβάνει τα κάτωθι Υποέργα:

- Υποέργο (1) «Συνέχιση Λειτουργίας Στεγών Υποστηριζόμενης Διαβίωσης ΣΥΔ – στο Δήμο Αχαρνών, και αφορά στη λειτουργία του Βαμβακάρειου Ξενώνα Α' του Κέντρου Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες «ΑΡΩΓΗ», εννέα (9) ατόμων της Πράξης με κωδικό ΟΠΣ (MIS) 6003464 και την κάλυψη τριών (3) θέσεων.
- Υποέργο (2) «Συνέχιση Λειτουργίας Στεγών Υποστηριζόμενης Διαβίωσης ΣΥΔ – στο Δήμο Αχαρνών, και αφορά στη λειτουργία του Βαμβακάρειου Ξενώνα Β' του Κέντρου Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες «ΑΡΩΓΗ», εννέα (9) ατόμων της Πράξης με κωδικό ΟΠΣ (MIS) 6003464 και κάλυψη μίας (1) θέσης.

| ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΜΕΣΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ | | | | | | |
|----------------------------|-------|--|---------|--|------|--|
| ΕΠΩΝΥΜΟ | | | | | | |
| ΟΝΟΜΑ | | | | | | |
| ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ | | | | | | |
| ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ | | | | | | |
| ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ | | | | | | |
| ΑΦΜ | | | | | | |
| ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ | | | | | | |
| ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ | | | | | | |
| ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ | ΝΟΜΟΣ | | ΔΗΜΟΣ | | ΠΟΛΗ | |
| | ΟΔΟΣ | | ΑΡΙΘΜΟΣ | | ΤΚ | |
| ΤΗΛΕΦΩΝΟ | FAX | | e-mail | | | |

| ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ – ΔΙΚΑΣΤΙΚΟΥ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΤΗ | | | | | |
|---|-------|-----|---------|--------|------|
| ΕΠΩΝΥΜΟ | | | | | |
| ΟΝΟΜΑ | | | | | |
| ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ | | | | | |
| ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ | | | | | |
| ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ | | | | | |
| ΑΦΜ | | | | | |
| ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ | | | | | |
| ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗΣ (εφόσον υπάρχει) | | | | | |
| ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ | ΝΟΜΟΣ | | ΔΗΜΟΣ | | ΠΟΛΗ |
| | ΟΔΟΣ | | ΑΡΙΘΜΟΣ | | ΤΚ |
| ΤΗΛΕΦΩΝΟ | | FAX | | e-mail | |

| 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. | |
| 12. | Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 παρ 4 του ν .1599/1986 του υποψήφιου ή του νόμιμου εκπροσώπου, αναφέρει ότι: δεν λαμβάνει αποζημίωση για τις υπηρεσίες της ΣΥΔ ή άλλου είδους παρεμφερούς χρηματοδότησης (βλ πρόσκληση, δικαιολ. ένταξης παρ.14 α. και β.) | |
| 13 | Σε περίπτωση διαμονής σε κλειστή δομή, βεβαιώσεις επιστημονικής επιτροπής (βλ πρόσκληση, δικαιολ ένταξης παρ.15 α. και β.) | |
| 14. | Εάν το άτομο που είναι επιφορτισμένο με τη φροντίδα του συγκεκριμένου ωφελούμενου (γονέας/κηδεμόνας) , απαιτείται αντίγραφο της απόφασης της δικαστικής συμπαράστασης από το αρμόδιο ελεγκτικό όργανο. | |



Με τη συγχρηματοδότηση
της Ευρωπαϊκής Ένωσης



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 Δομήσας, Κέντρο Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες στον Άξονα Προτεραιότητας «Προώθηση της Κοινωνικής Ένταξης και Καταπολέμηση της Φτώχειας και Διακρίσεων – Διασφάλιση της Κοινωνικής Συνοχής» του Ε.Π. «Αττική» της Πράξης: «ΣΥΝΕΧΙΣΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΤΕΓΩΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΖΟΜΕΝΗΣ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ (ΣΥΔ) ΣΤΟ ΔΗΜΟ ΑΧΑΡΝΩΝ με Κωδικό ΟΠΣ 6003464.

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



Με τη συγχρηματοδότηση
της Ευρωπαϊκής Ένωσης

