

## ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ / ΗΣ

Η πράξη «Επιχορήγηση έργου ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΔΙΗΜΕΡΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΕΣΤΙΑ ΑΓΙΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΓΑΛΑΞΙΔΙ» με Κωδικό ΟΠΣ 6002252 εγκρίθηκε με την 2945/11.09.2023 απόφαση ΕΥΔ ΕΠ Στερεάς Ελλάδας και συγχρηματοδοτείται από την Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση, μέσω του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Στερεά Ελλάδα 2021-2027», και στην Προτεραιότητας «ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΣΥΝΟΧΗΣ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗ ΤΩΝ ΜΗΧΑΝΙΣΜΩΝ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΣΤΗΡΙΞΗ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ, ΤΗΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ, ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ, ΤΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ, ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΝΤΑΞΗΣ, ΤΗΣ ΙΣΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΕΥΚΑΙΡΙΩΝ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΙΝΔΥΝΩΝ ΦΤΩΧΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ» Πραγματοποιήθηκε τροποποίηση με την απόφαση υπ' αριθμ. 1373/21.05.2024 για την προσθήκη επιπλέον 5(πέντε) ατόμων στην πράξη (20 άτομα συνολικά).

Η ΠΡΑΞΗ ΣΥΓΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΕΙΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΕΝΩΣΗ  
(Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο)

Ημερομηνία υποβολής : / /2024

**ΑΡΙΘ. ΠΡΩΤ. :**  
(συμπληρώνεται από την Δομή)

### **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ:**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: \_\_\_\_\_

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ: \_\_\_\_\_

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ: \_\_\_\_\_

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: \_\_\_\_\_

ΤΗΛΕΦΩΝΟ(ΣΤΑΘΕΡΟ): \_\_\_\_\_

ΤΗΛΕΦΩΝΟ(ΚΙΝΗΤΟ): \_\_\_\_\_

ΗΛΙΚΙΑ: \_\_\_\_\_

ΦΥΛΟ: \_\_\_\_\_



Με τη συγχρηματοδότηση  
της Ευρωπαϊκής Ένωσης



ΠΑΛΙΟΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΣ:            ΝΑΙ        ΟΧΙ   

ΝΕΟΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΣ:            ΝΑΙ        ΟΧΙ   

ΕΙΔΟΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ: \_\_\_\_\_

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ: \_\_\_\_\_

ΑΣΦΑΛΙΣΗ:    ΝΑΙ        ΟΧΙ   

**ΤΥΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:**

ΙΔΡΥΜΑ ΚΛΕΙΣΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ   

ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΟ   

ΣΥΔ   

ΙΔΙΩΤΙΚΗ Ή ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑ   

ΑΛΛΟ   

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ:**

ΥΠΑΡΞΗ ΑΛΛΟΥ ΑΜΕΑ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ            ΝΑΙ        ΟΧΙ   

ΜΟΝΟΓΟΝΕΙΚΗ    ΝΑΙ        ΟΧΙ   

ΑΛΛΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ    \_\_\_\_\_

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ /ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ:**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: \_\_\_\_\_

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ: \_\_\_\_\_

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ: \_\_\_\_\_

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: \_\_\_\_\_

ΤΗΛΕΦΩΝΟ(ΣΤΑΘΕΡΟ): \_\_\_\_\_



Με τη συγχρηματοδότηση  
της Ευρωπαϊκής Ένωσης



ΤΗΛΕΦΩΝΟ(ΚΙΝΗΤΟ): \_\_\_\_\_

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΓΟΝΕΑ –ΚΗΔΕΜΟΝΑ:**

ΑΝΕΡΓΟΣ	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>
ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΣ	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>



Με τη συγχρηματοδότηση  
της Ευρωπαϊκής Ένωσης



<b>ΣΥΝΥΠΟΒΑΛΛΟΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ</b>	
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 2023, ή σχετική υπεύθυνη δήλωση σε περίπτωση που δεν υποχρεούται.	
3. Αντίγραφο Βεβαίωσης πιστοποίησης της αναπηρίας του ωφελούμενου, εν ισχύ.	
4. Αντίγραφο Πιστοποιητικού οικογενειακής κατάστασης.	
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.	
6. 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.	
7. Πιστοποιητικό ασφαλιστικής ικανότητας (βεβαίωση ΑΜΚΑ).	



Με τη συγχρηματοδότηση  
της Ευρωπαϊκής Ένωσης



**8.Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 παρ. 4 του ν. 1599/1986 του ωφελούμενου ή του νόμιμου κηδεμόνα/ εκπροσώπου, που να αναφέρει ότι:**

α) δεν θα λαμβάνει αποζημίωση για τις συγχρηματοδοτούμενες υπηρεσίες που του παρέχονται από το ΚΔΗΦ/λοιπό Κέντρο από άλλη χρηματοδοτική πηγή (π.χ. ΕΟΠΥΥ) κατά την περίοδο συμμετοχής του στην πράξη	
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.	

**9. Σε περίπτωση ωφελούμενου από ίδρυμα/θεραπευτήριο/ΚΚΠΠ, κ.α.:**

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.	
β) Συνοπτική έκθεση της επιστημονικής ομάδας για το βαθμό προσαρμογής του ατόμου στο πρόγραμμα του ΚΔΗΦ. Στη σχετική έκθεση θα 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 7 , δύναται να καλυφθεί με σχετική υπεύθυνη δήλωση του νόμιμου εκπροσώπου του ιδρύματος, μετά από σχετική απόφαση εξουσιοδότησης του αρμόδιου οργάνου του ιδρύματος.	



Με τη συγχρηματοδότηση  
της Ευρωπαϊκής Ένωσης



<b>ΑΛΛΟ</b>	<b>ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ</b>
-------------	------------------

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ**

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ/ΔΙΚ.ΣΥΜΠΑΡ.**

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ**

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ**



Με τη συγχρηματοδότηση  
της Ευρωπαϊκής Ένωσης

