

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Στην πράξη «ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ/ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ», με κωδικό MIS 6003510.

Ημερομηνία:..... Αριθ.Πρωτ.:.....(συμπληρώνεται από το φορέα)

Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΤΟΜΟΥ ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ ΕΠΙΦΟΡΤΙΣΜΕΝΟ ΜΕ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΑμεΑ (ΓΟΝΕΑΣ/ΚΗΔΕΜΟΝΑΣ/ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ)						
ΕΠΩΝΥΜΟ						
ΟΝΟΜΑ					ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ						
ΑΡ.ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ					Α.Φ.Μ. / ΑΛΛΟ	
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ						
ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ:	ΝΟΜΟΣ		ΔΗΜΟΣ		ΠΟΛΗ	
	ΟΔΟΣ		ΑΡΙΘΜΟΣ		Τ.Κ.	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ		FAX			e-mail	

Β. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΤΟΜΟΥ ΠΟΥ ΘΑ ΛΑΜΒΑΝΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΣ/Η)						
ΕΠΩΝΥΜΟ						
ΟΝΟΜΑ					ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ						
ΑΡ.ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ					Α.Φ.Μ. / ΑΛΛΟ	
ΕΙΔΟΣ ΚΑΙ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ						
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ						
ΦΥΛΟ						
ΑΣΦΑΛΙΣΗ (κυκλώστε)	ΝΑΙ / ΟΧΙ					
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ						
ΥΠΑΡΞΗ ΑΛΛΟΥ Αμεα ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	ΝΑΙ / ΟΧΙ					
ΠΑΛΙΟΣ Ή ΝΕΟΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΣ ΤΗΣ ΔΟΜΗΣ	ΠΑΛΙΟΣ / ΝΕΟΣ					
ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ:	ΝΟΜΟΣ		ΔΗΜΟΣ		ΠΟΛΗ	
	ΟΔΟΣ		ΑΡΙΘΜΟΣ		Τ.Κ.	



ΤΗΛΕΦΩΝΟ		FAX		e-mail	
ΤΥΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ Ή ΔΟΜΗΣ					

Γ. ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΥΠΟΒΑΛΛΩ		Τίθεται Χ σε ό,τι υποβάλλεται συνημμένα
ΔΙΑΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΑΜΕΣΑ/ΕΜΜΕΣΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ/ΗΣ		
1	ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ Ή ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ Ή ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ Ή ΚΑΡΤΑ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΕΑΝ Ο ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΣ ΕΙΝΑΙ ΑΛΛΟΔΑΠΟΣ ΑΠΟ ΤΡΙΤΕΣ ΧΩΡΕΣ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΚΑΙ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΕΝ ΙΣΧΥ.	
2	ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΑΤΟΜΙΚΟΥ Ή ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΕΚΚΑΘΑΡΙΣΤΙΚΟΥ ΣΗΜΕΙΩΜΑΤΟΣ ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΟΥ ΕΤΟΥΣ 2023 Ή ΣΧΕΤΙΚΗ ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΠΕΡΙ ΜΗ ΥΠΟΧΡΕΩΣΗΣ ΥΠΟΒΟΛΗΣ	
3	ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΤΟΥ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ, ΕΝ ΙΣΧΥ	
4	ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ, ΕΝ ΙΣΧΥ	
5	ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ/Α ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΤΟΥ/ΤΟΥΣ, ΕΝ ΙΣΧΥ, ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ Ή ΑΛΛΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΠΟΥ ΑΝΗΚΕΙ ΣΤΗΝ ΟΜΑΔΑ ΤΩΝ ΑμεΑ	
6	ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ (ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΑΜΚΑ ΚΑΙ ΟΠΟΙΟΔΗΠΟΤΕ ΑΛΛΟ ΑΠΟΔΕΙΚΤΙΚΟ ΣΤΟ ΟΠΟΙΟ ΦΑΙΝΕΤΑΙ Η ΕΝ ΙΣΧΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΑΜΜΕΣΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ ΕΠΙΦΟΡΤΙΣΜΕΝΟ ΜΕ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ.	
7	ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΤΟΥ ΑΡΘ.8 ΠΑΡ.4 ΤΟΥ Ν.1599/1986 ΟΤΙ ΤΟ ΑΜΕΣΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟ ΑΤΟΜΟ ΔΕΝ ΘΑ ΛΑΜΒΑΝΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΑΠΟ ΑΛΛΗ ΔΟΜΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΤΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ.	
8*	Α) ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΑΡΜΟΔΙΟΥ ΟΡΓΑΝΟΥ / ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ ΤΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ/ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟΥ/ΚΚΠΠ, κ.α. ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΗΣ ΤΩΝ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΩΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ/ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΟΥ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ Β) ΕΚΘΕΣΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΒΑΘΜΟ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΚΔΗΦ.	

*ΑΦΟΡΑ ΤΟΥΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥΣ ΑΠΟ ΙΔΡΥΜΑ/ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ/ΚΚΠΠ, κ.α.



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Αιτούμαι και υποβάλλω συνημμένα δικαιολογητικά για την παροχή υπηρεσιών του αναφερόμενου στην Αίτηση ατόμου, από τη Δομή σας, Κέντρου Δημέρευσης-Ημερίσιας φροντίδας, ή λοιπά Κέντρα, για ΑμεΑ.

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

(υπογραφή)



Με τη συγχρηματοδότηση
της Ευρωπαϊκής Ένωσης

