



ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΑμεΑ
ΣΩΜΑΤΕΙΟ ΕΙΔΙΚΑ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΜΕΝΟ ΩΣ ΦΙΛΑΝΘΡΩΠΙΚΟ
ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ & ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑμεΑ
ΚΕΝΤΡΟ ΔΙΗΜΕΡΕΥΣΗΣ & ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
ΣΤΕΓΕΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΖΟΜΕΝΗΣ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ
ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ
Ταχ. Δ/ση: Β. Μελά1, 15562 Χολαργός
Τηλ. 210-6511432, 210-6518719
E-mail: coveramea@gmail.com
Ιστοσελίδα: www.coveramea.gr

Ημερομηνία Υποβολής:/...../.....

Αριθμ. Πρωτ.:

(Συμπληρώνεται από τη δομή)

Αίτηση Συμμετοχής ωφελούμενου στην Πράξη που περιλαμβάνει τα κάτωθι Υποέργα:

- Υποέργο (1) «Συνέχιση Λειτουργίας ΣΥΔ-ΑμεΑ "ΣΤΗΡΙΞΗ 8"» της Πράξης «Συνέχιση λειτουργίας ΣΥΔ-ΑμεΑ "ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΑΜΕΑ"» με Κωδικό ΟΠΣ 6003860
- Υποέργο (2): «Συνέχιση Λειτουργίας ΣΥΔ-ΑμεΑ "ΣΤΗΡΙΞΗ 7"» της Πράξης «Συνέχιση λειτουργίας ΣΥΔ-ΑμεΑ "ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΑΜΕΑ"» με Κωδικό ΟΠΣ 6003860.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΜΕΣΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ						
ΕΠΩΝΥΜΟ						
ΟΝΟΜΑ						
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ						
ΦΥΛΟ	ΑΡΡΕΝ <input type="checkbox"/>			ΘΗΛΥ <input type="checkbox"/>		
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ						
ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ						
ΑΦΜ						
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ						
ΕΙΔΟΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ						
ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ						
ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ	ΝΟΜΟΣ		ΔΗΜΟΣ		ΠΟΛΗ	
	ΟΔΟΣ		ΑΡΙΘΜΟΣ		ΤΚ	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ		FAX		e-mail		



Με τη συγχρηματοδότηση
της Ευρωπαϊκής Ένωσης



ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΜΜΕΣΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ						
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		



Με τη συγχρηματοδότηση
της Ευρωπαϊκής Ένωσης



ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΩ	
1.	Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου. 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.	Ληξιαρχική Πράξη Γέννησης.
3.	Αντίγραφο πρόσφατου Πιστοποιητικού Οικογενειακής Κατάστασης, που θα έχει εκδοθεί εντός το πολύ έξι (6) μηνών από την ημερομηνία δημοσίευσης της παρούσας πρόσκλησης.
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.	Πιστοποιητικό ασφαλιστικής ικανότητας (βεβαίωση ΑΜΚΑ).
9.	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.
10.	Σε περίπτωση εκπροσώπησης του ωφελούμενου, κατά την υποβολή της αίτησης, από άλλο φυσικό πρόσωπο: α. Έγγραφο τεκμηρίωσης για την εκπροσώπηση του ιδρύματος από το πρόσωπο που υποβάλλει την αίτηση, σε περίπτωση διαμονής του ωφελούμενου σε ίδρυμα/θεραπευτήριο/ΚΚΠΠ κ.ά. ή β. Απόφαση ορισμού δικαστικού συμπαραστάτη
11.	Εάν το άτομο που είναι επιφορτισμένο με τη φροντίδα του συγκεκριμένου ωφελούμενου (γονέας/κηδεμόνας): α. είναι άνεργο: Αντίγραφο της κάρτας ανεργίας του ΟΑΕΔ εν ισχύ β. ανήκει στην ομάδα των ΑμεΑ: Αντίγραφο/α βεβαίωσης πιστοποίησης της αναπηρίας του/τους εν ισχύ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(σε περίπτωση που υποβάλλει την αίτηση γονέας/κηδεμόνας/νόμιμος εκπρόσωπος του/της ωφελούμενου/ης)
Αιτούμαι και υποβάλλω συνημμένα δικαιολογητικά για την παροχή υπηρεσιών για τον/την ωφελούμενο/ωφελούμενη, που νομίμως εκπροσωπώ, ως Γονέας/Κηδεμόνας/Δικαστικός Συμπαραστάτης δυνάμει της υπ' αριθμ..... Απόφασης Δικαστικής Συμπαραστάσεως / που διαμένει στη δομή την οποία εκπροσωπώ δυνάμει του (διαγράφεται ένα από τα δύο), από τη δομή σας, Σύνδεσμος Προστασίας Παιδιών και ΑμεΑ στην Πράξη «Συνέχιση λειτουργίας ΣΥΔ-ΑμεΑ "ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΑΜΕΑ"» με Κωδικό ΟΠΣ 6003860 και ένταξη στο Πρόγραμμα «Αττική 2021-2027»



Με τη συγχρηματοδότηση
της Ευρωπαϊκής Ένωσης



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

ΥΠΟΓΡΑΦΗ



Με τη συγχρηματοδότηση
της Ευρωπαϊκής Ένωσης

