

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΕ ΚΕΝΤΡΟ ΔΙΗΜΕΡΕΥΣΗΣ - ΗΜΕΡΙΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΓΙΑ ΑμεΑ

Ημερομηνία υποβολής :

Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ/ ΚΗΔΕΜΟΝΑ							
ΕΠΩΝΥΜΟ							
ΟΝΟΜΑ							
ΚΥΡΙΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ							
ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ:	ΟΔΟΣ					ΑΡΙΘΜΟΣ	
	ΠΟΛΗ					Τ.Κ.	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ		FAX		e-mail			
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	Υπαρξη άλλου ΑμεΑ στην οικογένεια			ΝΑΙ		ΟΧΙ	
	Μονογονεϊκή οικογένεια			ΝΑΙ		ΟΧΙ	
	Τρίτεκνοι/ πολύτεκνοι			ΝΑΙ		ΟΧΙ	
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΓΟΝΕΑ/ ΚΗΔΕΜΟΝΑ	ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΣ/Η		ΑΝΕΡΓΟΣ				

B. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΜΕΣΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ/ΗΣ						
ΕΠΩΝΥΜΟ						
ΟΝΟΜΑ				ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ		
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ			ΓΥΝΑΙΚΑ		
ΣΥΜΜΕΤΕΧΕΤΕ ΗΔΗ ΣΕ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΗΣ ΕΣΤΙΑΣ	ΝΑΙ			ΟΧΙ		
ΕΙΔΟΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ						
ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ						
ΤΥΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	ΙΔΡΥΜΑ ΚΛΕΙΣΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ					
	ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΟ					
	ΣΥΔ					
	ΙΔΙΩΤΙΚΗ/ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑ					
ΚΥΡΙΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ						
ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ:	ΟΔΟΣ				ΑΡΙΘΜΟΣ	
	ΠΟΛΗ				Τ.Κ.	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ		FAX		e-mail		

Γ. ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΥΠΟΒΑΛΛΩ		Σημειώστε Χ σε ό,τι υποβάλλεται συνημμένα
ΔΙΑΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΑΜΜΕΣΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ/ΗΣ (ΑΤΟΜΟ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΕΙ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ)		
1	<p>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.</p> <p>Εάν ο ωφελούμενος είναι αλλοδαπός από τρίτες χώρες απαιτείται και αντίγραφο της άδειας διαμονής εν ισχύ. Εάν είναι Έλληνας ομογενής απαιτείται αντίγραφο ταυτότητας ομογενούς.</p>	
2	Αντίγραφο ή εκτύπωση Ατομικού ή οικογενειακού εκκαθαριστικού σημειώματος εφόσον το άτομο υποχρεούται να έχει καταθέσει φορολογική δήλωση για το οικονομικό έτος 2015, 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	Πιστοποιητικό ασφαλιστικής ικανότητας (βεβαίωση ΑΜΚΑ).	
6	Υπεύθυνη δήλωση του ωφελούμενου ή του νόμιμου κηδεμόνα/εκπροσώπου (βρίσκεται συνημμένη στην αίτηση)	
7	<p>Σε περίπτωση ωφελούμενου από ίδρυμα/θεραπευτήριο/ΚΚΠΠ, κ.α.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	
8	<p>Σε περίπτωση ωφελούμενου από ίδρυμα/θεραπευτήριο/ΚΚΠΠ, κ.α.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΕΜΜΕΣΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΩΝ / ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ		
1	Αντίγραφο της κάρτας ανεργίας του ΟΑΕΔ γονέα/ κηδεμόνα	
2	Αντίγραφο/α βεβαίωσης πιστοποίησης αναπηρίας εν ισχύ του γονέα/ κηδεμόνα ή άλλου μέλους της οικογένειας	

Ο / Η ΑΙΤΩΝ / ΑΙΤΟΥΣΑ

(υπογραφή)



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :	ΕΣΤΙΑ – Κέντρο κοινωνικής φροντίδας ατόμων με νοητική υστέρηση						
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:	ΤΚ:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρ. (Email):			

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις ⁽³⁾, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

- Δεν λαμβάνω αποζημίωση για τις συγχρηματοδοτούμενες υπηρεσίες που μου παρέχονται από το ΚΔΗΦ ΕΣΤΙΑ από άλλη χρηματοδοτική πηγή (πχ. ΕΟΠΥΥ) κατά την περίοδο συμμετοχής μου στην πράξη
- Δεν λαμβάνω υπηρεσίες από άλλο ΚΔΗΦ ή άλλο φορέα παροχής παρεμφερών υπηρεσιών, ο οποίος χρηματοδοτείται από εθνικούς ή/και κοινοτικούς πόρους, κατά την περίοδο συμμετοχής μου στην πράξη.

Ημερομηνία:

Ο/ Η Δηλών/ούσα

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα