



Ημερομηνία: _____ ΙΑΝ 2022

Αριθμ. Πρωτ.: _____

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

**ωφελούμενου στην Πράξη «ΚΔΗΦ - "Εμπνευση" Αστική μη Κερδοσκοπική Εταιρεία»
 του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Κεντρική Μακεδονία»**

A. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ/ΗΣ																					
ΟΝΟΜΑ:	ΕΠΙΘΕΤΟ:																				
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:	ΚΙΝ.: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΜΗΤΕΡΑΣ:	ΚΙΝ.: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
ΦΥΛΟ: ΑΓΟΡΙ <input type="checkbox"/> ΚΟΡΙΤΣΙ <input type="checkbox"/>																					
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:	ΗΛΙΚΙΑ:																				
Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:																					
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					
Α.Δ.Τ. ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					
ΑΦΜ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					
ΑΜΚΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					
ΑΣΦΑΛΙΣΗ: ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	ΠΑΛΑΙΟΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΣ ΔΟΜΗΣ: ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>																				
ΚΥΡΙΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ:	ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ:																				
ΔΙΑΓΝΩΣΗ:																					
ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ :																					
<u>ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΟΙΚ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ</u>	<u>ΤΥΠΟΣ ΠΛΑΙΣΙΟΥ ΔΙΑΜΟΝΗΣ</u>																				
ΥΠΑΡΞΗ ΑΛΛΟΥ ΑμεΑ <input type="checkbox"/>	ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑ <input type="checkbox"/>																				
ΜΟΝΟΓΟΝΕΙΑΚΗ <input type="checkbox"/>	ΙΔΡΥΜΑ ΚΛΕΙΣΤ. ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ <input type="checkbox"/>																				
ΑΛΛΟ <input type="checkbox"/>	ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΟ <input type="checkbox"/>																				
	Σ.Υ.Δ. <input type="checkbox"/>																				
	ΑΛΛΟ <input type="checkbox"/>																				
A. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ/ ΝΟΜΙΜΟΥ ΚΗΔΕΜΟΝΑ 'Η ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ																					
ΟΝΟΜΑ:	ΕΠΙΘΕΤΟ:																				
Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:																					
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:																					
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΓΟΝΕΑ/ΝΟΜΙΜΟΥ ΚΗΔΕΜΟΝΑ ή ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ	ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΣ <input type="checkbox"/> ΑΝΕΡΓΟΣ <input type="checkbox"/>																				



B. ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ		ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ Χ ΣΕ ΟΤΙ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΕ
1	- ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ή ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ ή - ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ - ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΑΔΕΙΑΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ (ΜΟΝΟ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΩΝ ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ ΑΛΛΟΔΑΠΟΙ ΑΠΟ ΤΡΙΤΕΣ ΧΩΡΕΣ) ΚΑΙ - ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΟΜΟΓΕΝΟΥΣ (ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΩΝ ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ ΕΛΛΗΝΕΣ ΟΜΟΓΕΝΕΙΣ)	
2	- ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ή ΕΚΤΥΠΩΣΗ ΑΤΟΜΙΚΟΥ ή ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΕΚΚΑΘΑΡΙΣΤΙΚΟΥ ΣΗΜΕΙΩΜΑΤΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ ΕΤΟΥΣ 2019 ή - ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΠΕΡΙ ΜΗ ΥΠΟΧΡΕΩΣΗΣ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ (ΜΟΝΟ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ ΔΕΝ ΥΠΟΧΡΕΟΥΤΑΙ) (λαμβάνονται υπόψη τα εισοδήματα της αιτούσας και του ετέρου μέλους καθώς και των παιδιών/εξυπηρετούμενων ατόμων εφόσον υποβάλλουν φορολογική δήλωση, που αποκτήθηκαν από 1/1/2020 - 31/12/2020)	
3	ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΣΕ ΙΣΧΥ από ΚΕ.Π.Α., με διάρκεια ισχύος και ποσοστό αναπηρίας, ή/και Αντίγραφο της αίτησης του δικαιούχου προς το ΚΕ.Π.Α. για νέα γνωμάτευση, ή Αντίγραφο Πιστοποίησης της Αναπηρίας, Υγειονομικών Επιτροπών (εάν πρόκειται για εφ' όρου ζωής αναπηρία).	
4	ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	
5	ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΚΑΡΤΑΣ ΑΝΕΡΓΙΑΣ ΟΑΕΔ ΣΕ ΙΣΧΥ (ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ Ο ΓΟΝΕΑΣ ή Ο ΚΗΔΕΜΟΝΑΣ ΤΩΝ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΩΝ ΕΙΝΑΙ ΑΝΕΡΓΟΣ)	
6	ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΤΗΣ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΤΟΥ ΓΟΝΕΑ ή ΤΟΥ ΚΗΔΕΜΟΝΑ ή ΑΛΛΟΥ ΜΕΛΟΥΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ (ΜΟΝΟ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ ΑΝΗΚΟΥΝ ΣΤΗΝ ΟΜΑΔΑ ΤΩΝ Α.ΜΕ.Α.)	
7	ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ (ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΑΜΚΑ)	
8	ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΤΟΥ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ ή ΤΟΥ ΝΟΜΙΜΟΥ ΚΗΔΕΜΟΝΑ / ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΛΗΨΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	
9	ΑΠΟΦΑΣΗ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΔΙΚΕΙΟΥ ΠΕΡΙ ΤΕΛΕΣΙΔΙΚΙΑΣ (ΕΦΟΣΟΝ ΥΠΑΡΧΕΙ) Εάν δεν έχει οριστεί δικαστικός συμπαραστάτης, την αίτηση δύναται να υποβάλει η φυσική μητέρα ή ο χήρος πατέρας.	
10	ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ κατά του κορωνοϊού COVID-19, ή Ευρωπαϊκό ψηφιακό πιστοποιητικό κατά του κορωνοϊού COVID-19, ή Βεβαίωση θετικού διαγνωστικού ελέγχου κατά του κορωνοϊού COVID-19 ή επίδειξη της πρώτης ή μοναδικής δόσης εμβολιασμού κατά του κορωνοϊού COVID-19 με την προϋπόθεση να ολοκληρώσει τον εμβολιαστικό κύκλο σύμφωνα με τις προβλεπόμενες διαδικασίες και στον προβλεπόμενο χρόνο	

ΠΡΟΣΘΕΤΑ ΔΙΑΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥΣ ΑΠΟ ΙΔΡΥΜΑ/ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ/ΚΚΠΠ		
1	ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΤΟΥ ΑΡΜΟΔΙΟΥ ΟΡΓΑΝΟΥ ΤΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ/ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟΥ/ΚΚΠΠ Κ.Α	
2	ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΟΜΑΔΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΒΑΘΜΟ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΤΟΥ ΚΔΗΦ. ΣΤΗΝ ΕΚΘΕΣΗ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΒΕΒΑΙΩΝΕΤΑΙ ΟΤΙ Ο ΥΠΟΨΗΦΙΟΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΣ ΣΥΝΑΙΝΕΙ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ	
3	ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ ΠΕΡΙ ΑΔΥΝΑΜΙΑΣ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΗΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ (ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΔΥΝΑΜΙΑΣ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΗΣ ΤΩΝ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ/ ΕΓΓΡΑΦΩΝ ΤΩΝ ΑΝΩΤΕΡΩ ΣΗΜΕΙΩΝ 1,2,4 ΚΑΙ 7 ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ Β)	
4	ΑΠΟΦΑΣΗ ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗΣ ΑΡΜΟΔΙΟΥ ΟΡΓΑΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΗ ΥΠΕΥΘΥΝΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΝΟΜΙΜΟ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟ	
5	ΑΠΟΦΑΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΤΟΥ ΑΡΜΟΔΙΟΥ ΟΡΓΑΝΟΥ ΤΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ (ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΔΙΑΒΙΟΥΝ ΣΕ ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΚΛΕΙΣΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ)	



ΕΜΠΝΕΥΣΗ ΑΣΤΙΚΗ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ
ΚΕΝΤΡΟ ΔΙΗΜΕΡΕΥΣΗΣ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑμΕΑ
62500 Νέο Σούλι (7ο χλμ. Σερρών – Δράμας)
Τηλ.: 23210.56156
e-mail: empnefsi@amea.center
www.amea.center



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ
Ε.Π. Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(Σε περίπτωση που υποβάλλει την αίτηση ο/η ωφελούμενος/η)

Αιτούμαι και υποβάλλω συνημμένα δικαιολογητικά για την παροχή υπηρεσιών, από τη δομή σας, στο πλαίσιο της πράξης «ΚΔΗΦ - "Εμπνευση" Αστική μη Κερδοσκοπική Εταιρεία», του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Κεντρική Μακεδονία», Άξονας Προτεραιότητας ΑΞ09Β του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (ΕΣΠΑ) για την προγραμματική περίοδο 2014-2020. Με την παρούσα αίτηση, δηλώνω επίσης, υπεύθυνα, ότι αποδέχομαι να χρησιμοποιούνται τα στοιχεία, τα οποία υποβάλλονται για το σκοπό τον οποίο ζητήθηκαν, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 2472/97 *Περί Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα*.

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ-ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ)

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(Σε περίπτωση που υποβάλλει την αίτηση γονέας/κηδεμόνας/νόμιμος εκπρόσωπος ή εκπρόσωπος του ιδρύματος διαμονής του ωφελούμενου/ης)

Αιτούμαι και υποβάλλω συνημμένα δικαιολογητικά για την παροχή υπηρεσιών από τη δομή σας, στο πλαίσιο της πράξης «ΚΔΗΦ - "Εμπνευση" Αστική μη Κερδοσκοπική Εταιρεία», του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Κεντρική Μακεδονία» Άξονας Προτεραιότητας ΑΞ09Β του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (ΕΣΠΑ) για την προγραμματική περίοδο 2014-2020. Ο ωφελούμενος/η είναι ο/η _____ που νομίμως εκπροσωπώ (δυνάμει της υπ' αριθμού _____ Απόφασης Δικαστικής Συμπαράστασης). Με την παρούσα αίτηση, δηλώνω επίσης, υπεύθυνα, ότι αποδέχομαι να χρησιμοποιούνται τα στοιχεία, τα οποία υποβάλλονται για το σκοπό τον οποίο ζητήθηκαν, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 2472/97 *Περί Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα*.

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ-ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ)