

ΜΙΚΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΔΗΜΕΡΕΥΣΗΣ - ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΓΙΑ Α.Μ.Ε.Α. Η «ΚΥΨΕΛΗ»

Ταχ. Δ/ση : Δικελή 4 – Τ.Κ. 81100 – Μυτιλήνη

Τηλ. : 2251020022

E-mail : kipseli-amea@windowslive.com

Ιστοσελίδα : www.kipseli-amea.gr

Ημερομηνία Υποβολής :/...../.....

Αρ. Πρωτ. :

(συμπληρώνεται από τον Φορέα)

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ : « Σ.Υ.Δ. ΑμεΑ με Ν.Υ. "ΚΥΨΕΛΗ" » ΜΕ ΚΩΔΙΚΟ ΟΠΣ (MIS) 6018625 ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ 2021 - 2027»

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΜΕΣΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ						
ΕΠΩΝΥΜΟ						
ΟΝΟΜΑ						
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ						
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ						
ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ						
ΑΦΜ						
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ						
ΕΙΔΟΣ ΚΑΙ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ						
ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	ΝΟΜΟΣ		ΔΗΜΟΣ		ΠΟΛΗ	
	ΟΔΟΣ		ΑΡΙΘ.		Τ.Κ.	
ΤΥΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	ΙΔΡΥΜΑ ΚΛΕΙΣΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ, ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ/ΚΚΠΠ, κτλ			ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΤΥΠΟΥ ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ (ΑΤΟΜΙΚΗ/ΟΙΚΓΕΝΙΑΚΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑ)		
ΑΣΦΑΛΙΣΗ	ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ / Η			ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΣ / Η		

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΥΠΑΡΞΗ ΑΛΛΟΥ Α.ΜΕ.Α. ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ (ΔΕΝ ΥΠΟΛΟΓΙΖΕΤΑΙ Ο ΑΙΤΟΥΜΕΝΟΣ)	ΜΕΛΗ ΜΟΝΟΓΟΝΕΪΚΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ	ΤΡΙΤΕΚΝΟΙ, ΠΟΛΥΤΕΚΝΟΙ (ΑΝΩ ΤΩΝ ΔΥΟ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ ΜΕΛΩΝ ΕΚΤΟΣ ΤΟΥ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ)			
ΤΗΛΕΦΩΝΟ		EMAIL				
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΜΜΕΣΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ						
ΕΠΩΝΥΜΟ						
ΟΝΟΜΑ						
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ						
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ						
ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ						
ΑΦΜ						
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ						
ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗΣ (εφόσον υπάρχει)						
ΤΑΧ. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	ΝΟΜΟΣ		ΔΗΜΟΣ		ΠΟΛΗ	
	ΟΔΟΣ		ΑΡΙΘΜΟΣ		Τ.Κ.	
ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΓΟΝΕΑ / ΚΗΔΕΜΟΝΑ	ΑΝΕΡΓΟΣ / Η		ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΣ / Η			
ΤΗΛΕΦΩΝΟ		EMAIL				

ΣΥΝΝΗΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

1	Αίτηση συμμετοχής	
2	Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου.	
3	Ληξιαρχική Πράξη Γέννησης.	
4	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 που δεν υποχρεούται.	
5	Αντίγραφο πρόσφατου πιστοποιητικού οικογενειακής κατάστασης.	
6	Αντίγραφο ισχύουσας γνωμάτευσης προσδιορισμού ποσοστού αναπηρίας από Κ.Ε.ΠΑ.	
7	Πρόσφατη Φωτογραφία.	
8	Πιστοποιητικό ασφαλιστικής ικανότητας (βεβαίωση ΑΜΚΑ).	
9	Βεβαίωση Κοινωνικής Έρευνας, η οποία συντάσσεται από Κοινωνικό Λειτουργό δημοσίου νοσοκομείου ή του ευρύτερου δημόσιου τομέα ή μέλους του ΣΚΛΕ με άδεια ασκήσεως επαγγέλματος.	
10	Πιστοποιητικό ασφαλιστικής ικανότητας (βεβαίωση ΑΜΚΑ).	
11	Εάν το άτομο που είναι επιφορτισμένο με τη φροντίδα του ωφελούμενου (γονέας/κηδεμόνας) είναι άνεργος/η, απαιτείται αντίγραφο της κάρτας ανεργίας του ΟΑΕΔ εν ισχύ.	
12	Εάν το άτομο που είναι επιφορτισμένο με την φροντίδα του ωφελούμενου (γονέας/κηδεμόνας) ή άλλο μέλος της οικογένειας ανήκει στην ομάδα των Α.με.Α. , απαιτείται αντίγραφο/α βεβαίωσης της αναπηρίας του/της εν ισχύ.	
13	<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 στην Πράξη, θα προσκομίσει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες για το ατομικό και κοινωνικό ιστορικό του ωφελούμενου και σχετική έκθεση/αξιολόγηση του ωφελούμενου από την επιστημονική ομάδα του ιδρύματος. - Συνοπτική έκθεση της επιστημονικής ομάδας για το βαθμό προσαρμογής του ατόμου στο πρόγραμμα της Σ.Υ.Δ. - Στη σχετική έκθεση θα πρέπει επίσης να βεβαιώνεται ότι ο υποψήφιος ωφελούμενος συναινεί για τη συμμετοχή του στην Πράξη. 	

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Αιτούμαι και υποβάλω συνημμένα δικαιολογητικά για την παροχή υπηρεσιών για τον / την ωφελούμενο / ωφελούμενη που εκπροσωπώ, ως Γονέας / Κηδεμόνας / Δικαστικός Συμπαράστατης, από τη Δομή σας, «Μικτό Κέντρο Δημέρευσης – Ημερήσιας Φροντίδας για ΑμεΑ η "ΚΥΨΕΛΗ"» στο πλαίσιο υλοποίησης της Πράξης με τίτλο «Σ.Υ.Δ. Α.με.Α. με Ν.Υ. "ΚΥΨΕΛΗ"» με κωδικό ΟΠΣ (MIS)6018625, στο Πρόγραμμα «Βόρειο Αιγαίο 2021 - 2027» στην Προτεραιότητα «Κοινωνική ένταξη και Αντιμετώπιση της Φτώχειας».

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. 4624/2019 περί προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΑΙΤΟΥΣΑ



Με τη συγχρηματοδότηση
της Ευρωπαϊκής Ένωσης

