

Ημερομηνία υποβολής: .../.../.....
Αρ. Πρωτ.: (συμπληρώνεται από τη Δομή)

Προς:
ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΑΜΕΑ
Β. Μελά 1, 15562 Χολαργός
Τηλέφωνο : 210 6511432, 210 6518719
Fax : 210 6548174
E-mail : info@coveramea.gr

Αίτηση συμμετοχής ωφελούμενου

**στην Πράξη «Συνέχιση λειτουργίας της Δομής ΚΔΗΦ - ΑμεΑ “
ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΑΜΕΑ”» με Κωδικό ΟΠΣ
6003857 και ένταξη στο Πρόγραμμα «Αττική 2021-2027»**

Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ/ΗΣ		
ΟΝΟΜΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ		
ΕΠΩΝΥΜΟ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ		
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ		
ΦΥΛΟ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ	ΑΡΡΕΝ <input type="checkbox"/>	ΘΗΛΥ <input type="checkbox"/>
ΗΛΙΚΙΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ		
Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ		
ΠΟΛΗ:	ΝΟΜΟΣ:	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ		
ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ		
ΑΦΜ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ:	ΑΜΚΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ:	
ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
ΚΥΡΙΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ		
ΠΑΛΙΟΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΣ ΔΟΜΗΣ	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
ΕΙΔΟΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ		
ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ		
ΤΥΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ	ΙΔΡΥΜΑ ΚΛΕΙΣΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ <input type="checkbox"/> ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΟ <input type="checkbox"/> ΣΥΔ <input type="checkbox"/> ΙΔΙΩΤΙΚΗ / ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑ <input type="checkbox"/> ΑΛΛΟ:.....	



Με τη συγχρηματοδότηση
της Ευρωπαϊκής Ένωσης



Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ/ΗΣ	
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΜΟΝΟΓΟΝΕΪΚΗ <input type="checkbox"/> ΤΡΙΤΕΚΝΗ <input type="checkbox"/> ΠΟΛΥΤΕΚΝΗ <input type="checkbox"/> ΑΛΛΟ ΜΕΛΟΣ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ <input type="checkbox"/>
Β. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ/ΝΟΜΙΜΟΥ ΚΗΔΕΜΟΝΑ Ή ΔΙΚΑΣΤΙΚΟΥ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΤΗ	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΓΟΝΕΑ/ΝΟΜΙΜΟΥ ΚΗΔΕΜΟΝΑ Ή ΔΙΚΑΣΤΙΚΟΥ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΤΗ	
Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΓΟΝΕΑ/ΝΟΜΙΜΟΥ ΚΗΔΕΜΟΝΑ Ή ΔΙΚΑΣΤΙΚΟΥ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΤΗ	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΓΟΝΕΑ/ΝΟΜΙΜΟΥ ΚΗΔΕΜΟΝΑ Ή ΔΙΚΑΣΤΙΚΟΥ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΤΗ	

Γ. ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΥΠΟΒΑΛΛΩ		ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ Χ ΣΕ ΟΤΙ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ
1	ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ Ή ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ Ή ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ Ή ΚΑΡΤΑ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ. ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΜΗ ΥΠΑΡΞΗΣ ΤΩΝ ΠΡΟΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΩΝ (Π.Χ. ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΔΙΑΒΙΟΥΝ ΣΕ ΙΔΡΥΜΑΤΑ) ΟΠΟΙΟΔΗΠΟΤΕ ΑΛΛΟ ΕΓΓΡΑΦΟ ΤΑΥΤΟΠΟΙΗΣΗΣ. ΑΔΕΙΑ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΣΕ ΙΣΧΥ (ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΛΛΟΔΑΠΩΝ ΑΠΟ ΤΡΙΤΕΣ ΧΩΡΕΣ) Ή ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΟΜΟΓΕΝΟΥΣ (ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΛΛΗΝΑ ΟΜΟΓΕΝΟΥΣ)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ Ή ΕΚΤΥΠΩΣΗ ΑΤΟΜΙΚΟΥ Ή ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΕΚΚΑΘΑΡΙΣΤΙΚΟΥ ΣΗΜΕΙΩΜΑΤΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ ΕΤΟΥΣ 2022 Ή ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΠΕΡΙ ΜΗ ΥΠΟΧΡΕΩΣΗΣ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ (ΜΟΝΟ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ ΔΕΝ ΥΠΟΧΡΕΟΥΤΑΙ)	<input type="checkbox"/>
3	ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΤΟΥ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ ΣΕ ΙΣΧΥ ΓΙΑ ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ ΜΙΑ ΠΑΘΗΣΗ ΑΠΟ ΤΙΣ ΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΕΣ ΣΤΗΝ ΥΠ' ΑΡ. ΟΙΚ. 47350/12.12.2018(Β' 5571) ΚΟΙΝΗ ΥΠΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΦΑΣΗ, ΟΠΩΣ ΙΣΧΥΕΙ, Ή ΜΕ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΙΣΟ Ή ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟ ΑΠΟ 67%	<input type="checkbox"/>
4	ΥΠΟΒΟΛΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΥ ΕΙΣΗΓΗΤΙΚΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΦΑΚΕΛΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΔΟΣΗ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟ ΚΕ.Π.Α. Ή ΕΓΚΡΙΤΙΚΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΕΙΔΙΚΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ ΤΟΥ Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΑΝΗΛΙΚΟΥΣ)	<input type="checkbox"/>
5	ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΠΡΟΣΦΑΤΟΥ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΕ ΙΣΧΥ	<input type="checkbox"/>
6	ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ/Α ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΤΟΥ/ΤΟΥΣ ΕΝ ΙΣΧΥ, ΕΑΝ ΤΟ ΑΤΟΜΟ ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ ΕΠΙΦΟΡΤΙΣΜΕΝΟ ΜΕ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟΥ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ (ΓΟΝΕΑΣ / ΚΗΔΕΜΟΝΑΣ / ΑΝΑΔΟΧΟΣ / ΕΠΙΤΡΟΠΟΣ / ΔΙΚΑΣΤΙΚΟΣ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΤΗΣ) Ή ΑΛΛΟ ΜΕΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΑΝΗΚΕΙ ΣΤΗΝ ΟΜΑΔΑ ΤΩΝ ΑμεΑ	<input type="checkbox"/>
7	ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΑΜΚΑ Ή ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΤΟΥ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ Ή ΤΟΥ ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ ΤΟΥ ΠΕΡΙ ΜΗ ΚΑΤΟΧΗΣ ΑΜΚΑ	<input type="checkbox"/>



Γ. ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΥΠΟΒΑΛΛΩ		ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ Χ ΣΕ ΟΤΙ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ
8	<p>ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 8 ΠΑΡ. 4 ΤΟΥ Ν. 1599/1986 ΤΟΥ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ Ή ΤΟΥ ΝΟΜΙΜΟΥ ΚΗΔΕΜΟΝΑ/ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ, ΠΟΥ ΝΑ ΑΝΑΦΕΡΕΙ ΟΤΙ:</p> <p>Α) ΔΕΝ ΘΑ ΛΑΜΒΑΝΕΙ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ ΓΙΑ ΤΙΣ ΣΥΓΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΟΥΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΟΥ ΤΠΟΥ/ΤΗΣ ΠΑΡΕΧΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΚΔΗΦ ΑΠΟ ΑΛΛΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΙΚΗ ΠΗΓΗ (Π.Χ. ΕΟΠΥΥ) ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΤΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ , ΚΑΙ</p> <p>Β) ΔΕΝ ΘΑ ΛΑΜΒΑΝΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΑΠΟ ΑΛΛΟ ΚΔΗΦ Ή ΑΛΛΟ ΦΟΡΕΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΠΑΡΕΜΦΕΡΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ, Ο ΟΠΟΙΟΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΕΙΤΑΙ ΑΠΟ ΕΘΝΙΚΟΥΣ Ή/ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥΣ ΠΟΡΟΥΣ, ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΤΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ</p>	<input type="checkbox"/>
9	ΔΗΛΩΣΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΛΗΨΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	<input type="checkbox"/>
10	<p>ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ ΑΠΟ ΙΔΡΥΜΑ/ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ/ΚΚΠΠ, Κ.Α. :</p> <p>Α) ΣΧΕΤΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΤΟΥ ΑΡΜΟΔΙΟΥ ΟΡΓΑΝΟΥ/ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ ΤΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ /ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟΥ /ΚΚΠΠ Κ.Α. ΠΟΥ ΝΑ ΠΙΣΤΟΠΟΙΕΙ ΤΗ ΔΙΑΒΙΩΣΗ ΤΟΥ ΣΕ ΑΥΤΟ ΚΑΙ ΝΑ ΒΕΒΑΙΩΝΕΙ ΟΤΙ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΤΟΥ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ, ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΕΙ ΣΤΟΝ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΑΤΟΜΙΚΟ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΟΥ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ/ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΤΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ</p> <p>Β) ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΒΑΘΜΟ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΟΥ ΚΔΗΦ. ΣΤΗ ΕΚΘΕΣΗ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΒΕΒΑΙΩΝΕΤΑΙ ΟΤΙ Ο ΥΠΟΨΗΦΙΟΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΣ ΣΥΝΑΙΝΕΙ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ</p>	<input type="checkbox"/>
11	ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΔΙΑΒΙΟΥΝ ΣΕ ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΚΛΕΙΣΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ/ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ/ ΚΚΠΠ, Κ.Α. Η ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΗΣ ΤΩΝ ΔΙΑΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ/ΕΓΓΡΑΦΩΝ ΤΩΝ ΑΝΩΤΕΡΩ ΣΗΜΕΙΩΝ 2,3,6 ΚΑΙ 8, ΔΥΝΑΤΑΙ ΝΑ ΚΑΛΥΦΘΕΙ ΜΕ ΣΧΕΤΙΚΗ ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΤΟΥ ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ ΤΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΣΧΕΤΙΚΗ ΑΠΟΦΑΣΗ ΕΞΟΥΣΙΟΤΗΣΗΣ ΤΟΥ ΑΡΜΟΔΙΟΥ ΟΡΓΑΝΟΥ ΤΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ	<input type="checkbox"/>
12	<p>ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΚΠΡΟΣΩΠΗΣΗΣ ΤΟΥ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ, ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΥΠΟΒΟΛΗ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΑΛΛΟ ΦΥΣΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ:</p> <p>Α) ΕΓΓΡΑΦΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΠΡΟΣΩΠΗΣΗ ΤΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΕΙ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ, ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΤΟΥ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ ΣΕ ΙΔΡΥΜΑ/ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ/ΚΚΠΠ Κ.Α. Ή</p> <p>Β) ΑΠΟΦΑΣΗ ΟΡΙΣΜΟΥ ΔΙΚΑΣΤΙΚΟΥ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΤΗ</p>	<input type="checkbox"/>



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
(σε περίπτωση που υποβάλλει την αίτηση ο/η άμεσα ωφελούμενος/η)

Αιτούμαι και υποβάλλω συνημμένα δικαιολογητικά για την παροχή υπηρεσιών από το ΚΔΗΦ «Συνέχιση λειτουργίας της Δομής ΚΔΗΦ - ΑμεΑ " ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΑΜΕΑ"» με Κωδικό ΟΠΣ 6003857 και ένταξη στο Πρόγραμμα «Αττική 2021-2027» .

Με την παρούσα αίτηση, δηλώνω επίσης ότι αποδέχομαι να χρησιμοποιούνται τα στοιχεία τα οποία υποβάλλονται μόνο για το σκοπό για τον οποίο ζητήθηκαν, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.4624/2019 περί προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.

Ο / Η ΑΙΤΩΝ / ΑΙΤΟΥΣΑ

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ – ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ)

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

Αιτούμαι και υποβάλλω συνημμένα δικαιολογητικά για την παροχή υπηρεσιών για τον/την ωφελούμενο/ωφελούμενη , που νομίμως εκπροσωπώ, δυνάμει της υπ' αριθμ..... Απόφασης Δικαστικής Συμπαραστάσης / που διαμένει στη δομή την οποία εκπροσωπώ δυνάμει του **(διαγράφεται ένα από τα δύο)**, από τη δομή σας, το ΚΔΗΦ του Συνδέσμου Προστασίας Παιδιών και ΑμεΑ στο πλαίσιο της ενταγμένης Πράξης με Κωδικό ΟΠΣ 6003857 και χρηματοδότηση από το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Αττική 2021-2027» .

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

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ – ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ)



Με τη συγχρηματοδότηση
της Ευρωπαϊκής Ένωσης

