

Ταχ. Διευθ: 21<sup>ης</sup> Ιουνίου 36  
Τ.Κ. 61100 - Κιλκίς  
Τηλ: 2341020733  
Φαξ: 2341075384  
E-mail: kkscom@otenet.gr

**ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ**  
**ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ «ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΟ ΚΕΝΤΡΟ ΔΙΗΜΕΡΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ (ΚΔΗΦ)- «ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΣΤΗΡΙΞΗΣ» ΜΕ ΚΩΔΙΚΟ ΟΠΣ 6002976 ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ 2021-2027»**

Ημερομηνία υποβολής :     /     /       
**ΑΡΙΘ. ΠΡΩΤ.** (συμπληρώνεται από την Δομή) :

Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ						
ΕΠΩΝΥΜΟ						
ΟΝΟΜΑ		ΦΥΛΟ (Α / Θ)		ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ		
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ						
ΑΡ.ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ				Α.Φ.Μ. / ΑΛΛΟ		
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ						
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ						
ΚΥΡΙΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ						
ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ:	ΝΟΜΟΣ		ΔΗΜΟΣ		ΠΟΛΗ	
	ΟΔΟΣ		ΑΡΙΘΜΟΣ		Τ.Κ.	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ		FAX		e-mail		
ΕΙΔΟΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ				ΠΟΣΟΣΤΟ		
ΤΥΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ				ΜΟΝΑΔΑ ΚΛΕΙΣΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ		
	ΣΥΔ		ΑΤΟΜΙΚΗ/ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑ			
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	ΜΟΝΟΓΕΝΕΙΚΗ Ή ΟΡΦΑΝΟ ΑΤΟΜΟ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ		ΤΡΙΤΕΚΝΗ (ΑΝΩ ΤΩΝ ΔΥΟ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ ΜΕΛΩΝ ΕΚΤΟΣ ΤΟΥ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ)			

		<b>ΥΠΑΡΞΗ ΑΛΛΟΥ ΑμεΑ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ (ΔΕΝ ΥΠΟΛΟΓΙΖΕΤΑΙ Ο ΑΙΤΟΥΜΕΝΟΣ)</b>					
<b>ΕΧΕΤΕ ΛΑΒΕΙ ΞΑΝΑ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΑΠΟ ΤΗ ΔΟΜΗ ΜΑΣ ;</b>							
<b>Β. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ / ΝΟΜΙΜΟΥ ΚΗΔΕΜΟΝΑ / ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ</b>							
<b>ΕΠΩΝΥΜΟ</b>							
<b>ΟΝΟΜΑ</b>						<b>ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ</b>	
<b>ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ</b>							
<b>ΑΡ.ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ</b>				<b>Α.Φ.Μ. / ΑΛΛΟ</b>			
<b>ΤΑΧ. Δ/ΣΗ:</b>		ΝΟΜΟΣ		ΔΗΜΟΣ		ΠΟΛΗ	
		ΟΔΟΣ		ΑΡΙΘΜΟΣ		Τ.Κ.	
<b>ΤΗΛΕΦΩΝΟ</b>		<b>FAX</b>		<b>e-mail</b>			
<b>Δ. ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΥΠΟΒΑΛΛΩ</b>						Τίθεται Χ σε ό,τι υποβάλλεται συνημμένα	
<b>ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ</b>							
1	Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου ή πιστοποιητικό γεννήσεως ή Κάρτα αναπηρίας. Σε περίπτωση μη ύπαρξης των προαναφερομένων (π.χ. περιπτώσεις ατόμων που διαβιούν σε ιδρύματα) οποιοδήποτε άλλο έγγραφο ταυτοποίησης. 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	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 σε περίπτωση που δεν υποχρεούται. (Λαμβάνονται υπ' όψη τα εισοδήματα της αιτούσας και του εταίρου μέλους καθώς και των παιδιών /εξυπηρετούμενων ατόμων εφόσον υποβάλλουν φορολογική δήλωση, που αποκτήθηκαν από 1/1/2023 – 31/12/2023)						
3	Αντίγραφο πιστοποίησης της αναπηρίας του ωφελούμενου, εν ισχύ, για τουλάχιστον μία πάθηση από τις αναφερόμενες στην υπ' αρ. οικ. 47305/12,12,2018 (Β' 5571) κοινή υπουργική απόφαση, όπως ισχύει, ή με συνολικό ποσοστό αναπηρίας ίσο ή μεγαλύτερο από 67%. Ειδικώς οι ανήλικοι, μπορούν να καταστούν ωφελούμενοι με μόνη την υποβολή ηλεκτρονικού εισηγητικού ιατρικού φακέλου για την έκδοση πιστοποίησης αναπηρίας από το ΚΕ.Π.Α. ή με μόνη την εγκριτική ηλεκτρονική ιατρική γνωμάτευση ειδικών θεραπειών του Ε.Ο.Π.Υ.Υ..						
4	Αντίγραφο Πιστοποιητικού οικογενειακής κατάστασης (σε ισχύ).						
5	Εάν το άτομο που είναι επιφορτισμένο με τη φροντίδα του συγκεκριμένου ωφελούμενου (γονέας/κηδεμόνας) ή άλλο μέλος της οικογένειας ανήκει στην ομάδα των ΑμεΑ, απαιτείται						

	αντίγραφο/α βεβαίωσης πιστοποίησης της αναπηρίας του/τους εν ισχύ.	
6	Βεβαίωση ΑΜΚΑ ή υπεύθυνη δήλωση του ωφελούμενου ή του νόμιμου εκπροσώπου του περί μη κατοχής ΑΜΚΑ.	
7	Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 παρ. 4 του ν. 1599/1986 του ωφελούμενου ή του νόμιμου κηδεμόνα/ εκπροσώπου, που να αναφέρει ότι: α) δεν θα λαμβάνει αποζημίωση για τις συγχρηματοδοτούμενες υπηρεσίες που του παρέχονται από το ΚΔΗΦ από άλλη χρηματοδοτική πηγή (π.χ. ΕΟΠΥΥ) κατά την περίοδο συμμετοχής του στην πράξη, και β) δεν θα λαμβάνει υπηρεσίες από άλλο ΚΔΗΦ ή άλλο φορέα παροχής παρεμφερών υπηρεσιών, ο οποίος χρηματοδοτείται από εθνικούς ή/και κοινοτικούς πόρους, κατά την περίοδο συμμετοχής του στην πράξη.	
8	Σε περίπτωση ωφελούμενου που διαβιεί σε μονάδα κλειστής φροντίδας.: • Σχετική βεβαίωση του αρμόδιου οργάνου / νόμιμου εκπροσώπου του φορέα λειτουργίας της μονάδας 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. Συνοπτική έκθεση της επιστημονικής ομάδας για το βαθμό προσαρμογής του ατόμου στο πρόγραμμα του ΚΔΗΦ. Στη σχετική έκθεση θα πρέπει επίσης να βεβαιώνεται ότι ο υποψήφιος ωφελούμενος συναινεί για τη συμμετοχή του στην πράξη. Για τους ωφελούμενους που διαβιούν σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης/θεραπευτήρια/ΚΚΠΠ, κ.α. η αδυναμία προσκόμισης των δικαιολογητικών/εγγράφων των ανωτέρω σημείων 1, 2, 4 και 6, δύναται να καλυφθεί με σχετική υπεύθυνη δήλωση του νόμιμου εκπροσώπου του φορέα λειτουργίας της μονάδας, μετά από σχετική απόφαση εξουσιοδότησης του αρμόδιου οργάνου του φορέα.	
<p>Αιτούμαι και υποβάλλω συννημένα δικαιολογητικά για την παροχή υπηρεσιών του αναφερόμενου στην Αίτηση ατόμου, από τη Δομή σας, Κέντρου Δημέρευσης-Ημερήσιας φροντίδας για ΑμεΑ, Κέντρο Κοινωνικής Στήριξης στο πλαίσιο της Πράξης «Συνεχιζόμενο Κέντρο Δημέρευσης και Ημερήσιας Φροντίδας Ατόμων με Αναπηρία (ΚΔΗΦ)- «Κέντρο Κοινωνικής Στήριξης» με κωδικό ΟΠΣ 6002976 στο Πρόγραμμα «Κεντρική Μακεδονία 2021-2027».</p> <p>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.</p>		

Ο / Η ΑΙΤΩΝ / ΑΙΤΟΥΣΑ

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ)

