

Ταχ. Διευθ: 21^{ης} Ιουνίου 36
Τ.Κ. 61100 - Κιλκίς
Τηλ: 2341020733
Φαξ: 2341075384
E-mail: kkscom@otenet.gr

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΕ ΚΕΝΤΡΟ ΔΗΜΕΡΕΥΣΗΣ - ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΓΙΑ ΑμεΑ

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	ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΟ		ΙΔΡΥΜΑ ΚΛΕΙΣΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ				
	ΣΥΔ		ΙΔΙΩΤΙΚΗ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑ				
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	ΜΟΝΟΓΕΝΕΙΚΗ		ΤΡΙΤΕΚΝΗ (ΧΩΡΙΣ ΝΑ ΠΡΟΣΜΕΤΡΑΤΑΙ Ο ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΣ)				
	ΠΟΛΥΤΕΚΝΗ		ΥΠΑΡΞΗ ΑΛΛΟΥ ΑμεΑ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ				

ΕΧΕΤΕ ΛΑΒΕΙ ΞΑΝΑ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΑΠΟ ΤΗ ΔΟΜΗ ΜΑΣ ;							
Β. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ / ΝΟΜΙΜΟΥ ΚΗΔΕΜΟΝΑ / ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ							
ΕΠΩΝΥΜΟ							
ΟΝΟΜΑ						ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ							
ΑΡ.ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ						Α.Φ.Μ. / ΑΛΛΟ	
ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ:		ΝΟΜΟΣ		ΔΗΜΟΣ		ΠΟΛΗ	
		ΟΔΟΣ		ΑΡΙΘΜΟΣ		Τ.Κ.	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ		FAX		e-mail			
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΓΟΝΕΑ /ΚΗΔΕΜΟΝΑ		ΑΝΕΡΓΟΣ /Η		ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΣ /Η			
Δ. ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΥΠΟΒΑΛΛΩ							Τίθεται Χ σε ό,τι υποβάλλεται συνημμένα
ΔΙΑΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ							
1	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. 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 2020, 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 1/1/2020 – 31/12/2020)						
3	Αντίγραφο πιστοποίησης της αναπηρίας σε ισχύ από κέντρο πιστοποίησης αναπηρίας (ΚΕ.ΠΑ) με διάρκεια ισχύος και ποσοστό αναπηρίας ή /και αντίγραφο της αίτησης του δικαιούχου προς το ΚΕ.ΠΑ για νέα γνωμάτευση , ή αντίγραφο πιστοποίησης αναπηρίας Υγειονομικών Επιτροπών (αν πρόκειται για εφ' όρου ζωής αναπηρία)						
4	Αντίγραφο Πιστοποιητικού οικογενειακής κατάστασης						
5	Εάν το άτομο που είναι επιφορτισμένο με τη φροντίδα του συγκεκριμένου ωφελούμενου (γονέας/κηδεμόνας) είναι άνεργος/η, απαιτείται αντίγραφο της κάρτας ανεργίας του ΟΑΕΔ.						

6	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.	
7	Πιστοποιητικό ασφαλιστικής ικανότητας (βεβαίωση ΑΜΚΑ).	
8	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/λοιπό Κέντρο 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.	
9	Σε περίπτωση ωφελούμενου από ίδρυμα/θεραπευτήριο/ΚΚΠΠ, κ.α.: • 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. 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 διαβιών σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης/θεραπευτήρια/ΚΚΠΠ, κ.α. η αδυναμία προσκόμισης των δικαιολογητικών/εγγράφων των ανωτέρω σημείων 1, 2, 4 και 7, δύναται να καλυφθεί με σχετική υπεύθυνη δήλωση του νόμιμου εκπροσώπου του ιδρύματος, μετά από σχετική απόφαση εξουσιοδότησης του αρμόδιου οργάνου του ιδρύματος.	
10	Βεβαίωση εμβολιασμού κατά του κορωνοϊού COVID – 19 ή Ευρωπαϊκό πιστοποιητικό εμβολιασμού 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 τον προβλεπόμενο χρόνο.	
<p>Αιτούμαι και υποβάλλω συνημμένα δικαιολογητικά για την παροχή υπηρεσιών του αναφερόμενου στην Αίτηση ατόμου, από τη Δομή σας, Κέντρου Δημέρευσης-Ημερήσιας φροντίδας για ΑμεΑ.</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

(υπογραφή)