



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ
Ε.Π. Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Ημερομηνία υποβολής:/...../2016

Αριθμ. Πρωτ.: (συμπληρώνεται από τη δομή)

Προς: «Η ΖΩΗ»

Ταχ. Δ/ση Φλέμγκ 8, Θεσσαλονίκη

Ταχ. Κωδ.: 54642

Τηλέφωνο - FAX: 2310837852

Email: kentro-amea-zoi@msn.com

Αίτηση συμμετοχής ωφελούμενου στην Πράξη «ΚΛΗΦ – Η ΖΩΗ»
του Προγράμματος «Κεντρική Μακεδονία»

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΜΕΣΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΜΕΣΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ												
ΕΠΩΝΥΜΟ												
ΟΝΟΜΑ												
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ												
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ												
ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ												
ΑΦΜ												
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ												
ΤΥΠΟΣ ΠΛΑΙΣΙΟΥ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΤΥΠΟΥ ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΗ ΔΟΜΗ				ΙΔΡΥΜΑ ΚΛΕΙΣΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ							
ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ												
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ				ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΣ							
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΜΟΝΟΓΟΝΕΙΚ Η		ΤΡΙΤΕΚ ΝΗ		ΠΟΛΥΤΕ ΚΝΗ		ΑΛΛΟ ΜΕΛΟΣ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ					
ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ	ΝΟΜΟΣ		ΔΗΜΟΣ			ΠΟΛΗ						
	ΟΔΟΣ		ΑΡΙΘΜΟΣ			ΤΚ						
ΤΗΛΕΦΩΝΟ	FAX		e-mail									



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ
Ε.Π. Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας



ανάπτυξη - εργασία - αλληλεγγύη

Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΜΜΕΣΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ

ΕΠΩΝΥΜΟ								
ΟΝΟΜΑ								
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ								
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ								
ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ								
ΑΦΜ								
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ								
ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗΣ								
ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΣ	ΝΑΙ				ΟΧΙ			
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ					ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΣ		
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΜΟΝΟΓΟΝΕΙΚΗ		ΤΡΙΤΕΚΝΗ		ΠΟΛΥΤΕΚΝΗ		ΑΛΛΟ ΜΕΛΟΣ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ	
ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ	ΝΟΜΟΣ				ΔΗΜΟΣ			
	ΟΛΟΣ				ΑΡΙΘΜΟΣ			
ΤΗΛΕΦΩΝΟ			FAX				e-mail	

Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΩ

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 2015, ή σχετική υπεύθυνη δήλωση σε περίπτωση που δεν υποχρεούται.	
3.	Αντίγραφο Βεβαίωσης πιστοποίησης της αναπηρίας του ωφελούμενου, εν ισχύ.	
4.	Αντίγραφο Πιστοποιητικού οικογενειακής κατάστασης.	
5.	Αντίγραφο της κάρτας ανεργίας του ΟΑΕΔ εάν το άτομο που είναι επιφορτισμένο με τη φροντίδα του συγκεκριμένου ωφελούμενου (γονέας/κηδεμόνας) είναι άνεργος/η, απαιτείται.	
6.	Αντίγραφο/α βεβαίωσης πιστοποίησης της αναπηρίας του/τους εν ισχύ, εάν το άτομο που είναι επιφορτισμένο με τη φροντίδα του συγκεκριμένου ωφελούμενου (γονέας/κηδεμόνας) ή άλλο μέλος της οικογένειας ανήκει στην ομάδα των ΑμεΑ.	
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.: <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 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. 	
10.	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 7, δύναται να καλυφθεί με σχετική υπεύθυνη δήλωση του νόμιμου εκπροσώπου του ιδρύματος, μετά από σχετική απόφαση εξουσιοδότησης του αρμόδιου οργάνου του ιδρύματος.	



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, Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας – Δημέρευσης – Εκπαίδευσης – Κατάρτισης και Αποκατάστασης Ατόμων με Αναπηρίες «Η ΖΩΗ» 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 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.

Ο / Η ΑΙΤΩΝ / ΑΙΤΟΥΣΑ

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ - ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ)

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(σε περίπτωση που υποβάλλει την αίτηση γονέας / κηδεμόνας/ νόμιμος εκπρόσωπος 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 Συμπαράστασης, από τη δομή σας, Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας – Δημέρευσης – Εκπαίδευσης – Κατάρτισης και Αποκατάστασης Ατόμων με Αναπηρίες «Η ΖΩΗ» 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 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.

Ο / Η ΑΙΤΩΝ / ΑΙΤΟΥΣΑ

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ – ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ)