

ΙΔΡΥΜΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ

«Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ»

Νέα Μάκρη, 11/01/2024

|  |  |
| --- | --- |
| Λεωφ. Μαραθώνος 1, 19005 Νέα Μάκρη |  |
| Τηλέφωνο : 22940 91206-96013 Fax : 22940 - 91407 | Αρ. πρωτ.: 430 |

E-mail : info@pammakaristos.eu

Ιστοσελίδα: http://www.pammakaristos.gr

# ι η Ανοικτή Πρόσκληση Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος

Το Ίδρυμα για το Παιδί «Η Παμμακάριστος», λειτουργώντας ως δικαιούχος της Πράξης «Συνέχιση λειτουργίας της Δομής ΚΔΗΦ - ΑμεΑ "Ιδρύματος για το παιδί «Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΤΣΤΟΣ»"» με Κωδικό ΟΠΣ 6003830 και χρηματοδότηση από το Πρόγραμμα «Αττική 2021-2027»

## ΠΡΟΣΚΑΛΕΙ

άτομα με αναπηρίες που παρουσιάζουν διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές ή/και νοητικές διαταραχές όπως προσδιορίζονται στην υπ' αρ. 47305/12.12.2Ο18 (Β' 5571) υπουργική απόφαση και που έχουν δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης σε ότι αφορά τις βασικές δεξιότητες καθημερινής ζωής (αυτόνομη κίνηση, σίτιση, χρήση τουαλέτας),τα οποία επιθυμούν να ενταχθούν στο ημερήσιο πρόγραμμα λειτουργίας του Κέντρου Διημέρευσης και Ημερήσιας Φροντίδας — Κ.Δ.Η.Φ. «Η Παμμακάριστος», να υποβάλλουν αίτηση συμμετοχής στο Πρόγραμμα. Για όσους εκ των δυνητικά ωφελούμενων δεν συνάγεται από τα συνυποβαλλόμενα δικαιολογητικά ο βαθμός αυτοεξυπηρέτησής τους θα πραγματοποιείται κλινική εξέταση και αξιολόγηση του επιπέδου λειτουργικότητας τους από τον Επιστημονικό Υπεύθυνο της Δομής στις εγκαταστάσεις του Ιδρύματος.

Το Πρόγραμμα αφορά στη άορεάν παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών ημερήσιας φροντίδας και παραμονής σε 75 ωφελούμενους, για χρονική περίοδο συνολικά 36 μηνών, έως την 31/12/25. Η επιλογή των ωφελούμενων πραγματοποιήθηκε κατά την έναρξη της Α' Φάσης του Προγράμματος (Σεπτέμβριος 2017) μέσω της αρχικής Ανοικτής Πρόσκλησης υποβολής αιτήσεων και έκτοτε ακολούθησαν περιοδικοί κύκλοι αξιολόγησης, για την εξέταση πρόσθετων αιτήσεων, με σκοπό την άμεση κάλυψη οποιασδήποτε κενής θέσης πρόκυπτε κατά τη διάρκεια υλοποίησης της Πράξηφ λόγω αποχώρησης ενός ή περισσότερων εκ των αρχικά επιλεχθέντων ωφελούμενων της Δομής.

Στο πλαίσιο αυτό, με την παρούσα ιη Ανοιχτή Πρόσκληση καλούνται οι ενδιαφερόμενοι να υποβάλλουν τις αιτήσεις τους οι οποίες θα εξεταστούν Ι αξιολογηθούν, στο χρονικό σημείο κατά το οποίο θα προκύψει κενή θέση στο Πρόγραμμα, λόγω αποχώρησης ενός ή περισσότερων εκ των υφιστάμενων ωφελούμενων.

Η καταληκτική ημερομηνία αξιολόγησης των αιτήσεων που θα έχουν υποβληθεί μέχρι εκείνο το χρονικό σημείο, θα ανακοινώνεται έγκαιρα, μέσω της ιστοσελίδας του Ιδρύματος, κατόπιν απόφασης του Δ.Σ. του Ιδρύματος.

Α. ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Η Δομή καθ' όλη τη διάρκεια λειτουργίας της παρέχει υπηρεσίες με συστηματική προετοιμασία και επιστημονικά κριτήρια που στόχο έχει την καλύτερη δυνατή εξυπηρέτηση των ωφελούμενων,

τη συγχρηματοδότηση Ευρωπαϊκής Ένωσης παρέχοντας υπηρεσίες οι οποίες περιλαμβάνουν:

* Την εκτίμηση των αναγκών των ωφελούμενων, την εκπόνηση και εφαρμογή εξατομικευμένου πλάνου εκπαίδευσης φροντίδας και αποκατάστασης
* Τη καθημερινή μεταφορά των ωφελουμένων προς και από το Κέντρο, με μεταφορικό μέσο του δικαιούχου
* Τη διαμονή και τη διατροφή τους (πρόχειρο γεύμα).
* Το πρόγραμμα πράξεων ειδικής αγωγής που έχουν ανάγκη ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ωφελούμενου (εργοθεραπείεφ λογοθεραπείες, ψυχοθεραπείες και άλλα), βάσει εξατομικευμένου προγράμματος.
* Υποστηρικτικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο  Την παροχή ατομικής ή/και ομαδικής άσκησης.
* Την εκπαίδευση τους στην αυτοεξυπηρέτηση, σε κοινωνικές δεξιότητεφ σε δεξιότητες καθημερινής ζωής κ.λπ. καθώς και στην προετοιμασία για την αυτόνομη ή υποστηριζόμενη διαβίωση τους
* Τη δημιουργική απασχόλησή τους και δραστηριότητες κοινωνικοποίησής τους.
* Τη συμμετοχή τους σε προγράμματα ψυχαγωγίας πολιτισμού και άθλησης.
* Την ανάπτυξη και προαγωγή των επαγγελματικών/εργασιακών δεξιοτήτων
* Την προώθηση στην απασχόληση και εργασιακή ένταξη
* Προγράμματα εκπαίδευσης, υποστήριξης και συμβουλευτικής των οικογενειών ή/και των φροντιστών

Το σύνολο των προαναφερόμενων υπηρεσιών έχουν ως στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ωφελούμενων, τη δημιουργική απασχόληση και ενίφ(υση της κοινωνικοποίησής τους και της κοινωνικής τους ένταξης.

Το Κέντρο λειτουργεί καθημερινά (εκτός Σαββάτου και Κυριακής) για έντεκα (11) μήνες ανά έτος (δεν λειτουργεί τον Αύγουστο) και παρέχει υπηρεσίες σε κάθε ωφελούμενο για τουλάχιστον 4 και όχι πάνω από 8 ώρες ημερησίως περιλαμβανομένης της μεταφοράς από και προς το Κέντρο.

B. ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

1. Αίτηση (επισυνάπτεται υπόδειγμα). Η αίτηση δύναται να υποβληθεί από τον ίδιο τον ωφελούμενο ή τον γονέα ή κηδεμόνα αυτού ή νόμιμα εξουσιοδοτημένο εκπρόσωπό του. Ειδικότερα, για τους ωφελούμενους που διαβιούν σε Ιδρύματα κλειστής περίθαλψης και εφόσον δεν έχει οριστεί νόμιμος εκπρόσωπός τουςΙδικαστικός  η αίτηση δύναται να υποβληθεί κατόπιν σχετικής απόφασης του αρμόδιου οργάνου του Ιδρύματος.
2. Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου ή πιστοποιητικό γεννήσεως ή Κάρτα Αναπηρίας. Σε περίπτωση μη ύπαρξης των προαναφερόμενων (π.χ. περιπτώσεις ατόμων που διαβιούν σε Ιδρύματα) οποιοδήποτε άλλο έγγραφο ταυτοποίησης.

Εάν o ωφελούμενος είναι αλλοδαπός από τρίτες χώρες απαιτείται και αντίγραφο της άδειας διαμονής εν ισχύ. Εάν είναι Έλληνας ομογενής απαιτείται αντίγραφο ταυτότητας ομογενούς.

1. Αντίγραφο ή εκτύπωση Ατομικού ή οικογενειακού εκκαθαριστικού σημειώματος εφόσον το άτομο υποχρεούται να έχει καταθέσει φορολογική δήλωση για το οικονομικό έτος 2022, ή φ(ετική υπεύθυνη δήλωση σε περίπτωση που δεν υποχρεούται.
2. Αντίγραφο Βεβαίωσης πιστοποίησης της αναπηρίας του ωφελούμενου, εν ισχύ, για τουλάχιστον μία πάθηση από τις αναφερόμενες στην υπ' αρ. οικ. 47305/12.12.2Ο18 (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.

Με τη συγχρηματοδότηση =4ΕΣΠΑ

«ATTIKH»

——2021-2027 της

1. Αντίγραφο Πιστοποιητικού οικογενειακής κατάστασης (σε ισχύ). 
2. Εάν το άτομο που είναι επιφορτισμένο με τη φροντίδα του συγκεκριμένου ωφελούμενου (γονέαψανάδοχοψεπίτροποψδικαστικός συμπαραστάτης) ή άλλο μέλος της οικογένειας ανήκει στην ομάδα των ΑμεΑ, απαιτείται αντίγραφο/α βεβαίωσης πιστοποίησης της αναπηρίας του/τους εν ισχύ.
3. Βεβαίωση ΑΜΚΑ ή υπεύθυνη δήλωση του ωφελούμενου ή του νομίμου εκπροσώπου του περί μη κατοχής ΑΜΚΑ.
4. Δήλωση Ενημέρωσης και Λήψης Συγκατάθεσης για την επεξεργασία προσωπικών δεδομένων
5. 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 οτην πράξη, και

β) δεν θα λαμβάνει υπηρεσίες από άλλο ΚΔΗΦ ή άλλο φορέα παροχής παρεμφερών υπηρεσιών, ο οποίος χρηματοδοτείται από εθνικούς ή/και κοινοτικούς κατά την περίοδο συμμετοχής του στην πράξη.

1. 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 αυτή 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 πρέπει επίσης να βεβαιώνεται ότι ο υποψήφιος ωφελούμενος συναινεί για τη συμμετοχή του στην πράξη.
2. Σε περίπτωση υποβολής της αίτησης από άλλο φυσικό πρόσωπο, πλην του ωφελούμενου απαιτούνται επιπρόσθετα τα ακόλουθα δικαιολογητικά :

α. Σε περίπτωση ωφελούμενου που διαμένει σε μονάδα κλειστής φροντίδαφ έαραφο τεκμηρίωσης για την νόμιμη εκπροσώπηση της μονάδας (Ιδρύματος / θεραπευτηρίου / ΚΚΠΠ

κ.α) από το πρόσωπο που υποβάλλει την αίτηση.

β. Απόφαση ορισμού δικαστικού συμπαραστάτη

Για τους ωφελούμενους που διαβιούν σε μονάδες Οιειστής φροντίδας η αδυναμία προσκόμισης των δικαιολογητικών/εψφράφων των ανωτέρω σημείων 2, 3, 6 και 8, 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.

Γ. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΩΝ

Η διαδικασία αξιολόγησης και επιλογής ωφελουμένων θα ακολουθήσει τα παρακάτω βήματα/στάδια:

Μετά την εκάστοτε λήξη της προθεσμίας υποβολής αιτήσεων, θα γίνεται η αξιολόγηση τους με τη διαδικασία μοριοδότησης των ωφελούμενων βάσει των παρακάτω κριτηρίων επιλογής:

1. Τύπος πλαισίου διαμονής (ίδρυμα κλειστής περίθαλψης στέγες υποστηριζόμενης διαβίωση4 οικογενειακό ή άλλο στεγαστικό πλαίσιο).

τη συγχρηματοδότησηΠεριφερειακό ΕυρωπαϊκήςΈνωσηςΠρόγραμμα

1. Ασφαλιστική ικανότητα του ωφελούμενου.
2. Ατομικό ή οικογενειακό εισόδημα
3. Οικογενειακή κατάσταση.

Ειδικότερα, η μοριοδότηση των κριτηρίων έχει ως εξής:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ΚΡΙΤΗΡΙΑ | ΑΝΑΛΥΣΗ ΜΟΡΤΩΝ |  |
| 1. Τύπος πλαισίου διαμονής | Μονάδα κλειστής φροντίδας | 30 |
| ΣΥΔ | 20 |
| Ατομική) οικογενειακή κατοικία | ιο |
| 2. Ασφαλιστική ικανότητα | Ανασφάλιστο« | 20 |
| Ασφαλισμένοψη | ιο |
| 3. Ύψος ατομικού ή οικογενειακού εισοδήματος | Εισόδημα κάτω από το όριο της φτώχειας | 20 |
| Εισόδημα πάνω από το όριο της φτώχειας | ιο |
| 4. Οικογενειακή κατάσταση | Ύπαρξη άλλου ΑμεΑ στην οικογένεια (δεν υπολογίζεται ο αιτού | 12 |
| Μέλος μονογονεϊκής οικογένειας ή ορφανό άτομο με αναπ ία | 12 |
| Τρίτεκνοι/Πολύτεκνοι (άνω των δύο εξαρτώμενων ελών ε του ού ενου . | 8 |

\* Το όριο της φτώχειας προσδιορίζεται σύμφωνα με το κατώφλι φτώχειας της ΕΛΣΤΑΤ. Αυτό για το έτος 2022 ορίζεται σε 5.712 € για μονοπρόσωπα νοικοκυριά. Το συνολικό ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα της οικογένειας προκύπτει μετά τη διαίρεσή του συνολικού διαθέσιμου εισοδήματος με το ισοδύναμο μέγεθος της οικογένειας. Το ισοδύναμο μέγεθος του νοικοκυριού υπολογίζεται με βάση την τροποποιημένη κλίμακα του ΟΟΣΑ, σύμφωνα με την οποία ορίζεται συντελεστής στάθμισης 1 για τον πρώτο ενήλικα, 0,5 για τον δεύτερο ενήλικα και μέλη 14 ετών και άνω και 0,3 για παιδιά κάτω των 14 ετών. Για τον υπολογισμό του διαθέσιμου εισοδήματος του νοικοκυριού, στην παρούσα πρόσκληση, λαμβάνεται υπόψη το συνολικό εισόδημα μετά την αφαίρεση του φόρου και των εισφορών κοινωνικής ασφάλισης που λαμβάνεται από όλα τα μέλη του νοικοκυριού και δεν περιλαμβάνεται οποιοδήποτε επίδομα.

Δ. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ

Η αξιολόγηση των αιτήσεων θα πραγματοποιείται σε περιοδικούς κύκλους, κατόπιν σχετικής απόφασης του Δ.Σ. του Φορέα, στην οποία θα ανακοινώνεται μεταξύ άλλων η καταληκτική ημερομηνία έκαστου κύκλου και το πλήθος των ωφελούμενων που θα επιλεγούν κάθε φορά, σε απόλυτη ευθυγράμμιση με τις ανάγκες της Δομής (ανάλογα δηλαδή πόσοι ωφελούμενοι θα έχουν αποχωρήσει και θα χρειάΦται η αναπλήρωσή τους).

Η διαδικασία επιλογής υλοποιείται από την αρμόδια Επιτροπή εξέτασηψελέγχου των αιτήσεων και επιλογής των συμμετεχόντων οτην Πράξη, στην οποία συμμετέχει και ο Υπεύθυνος της Πράξης.

Ειδικότερα, σε κάθε κύκλο αξιολόγησης θα εφαρμόζεται η κάτωθι διαδικασία επιλογής:

Ι) Εξέταση Ι έλεγχος των αιτήσεων υπολογισμός τομ συνολικού αριθμού των συμμετεχόντφν/θέσεων στην πράξη, σύμφωνα με τον αριθμό των αιτήσεων την πληρότητα των δικαιολογητικών.

Στο στάδιο αυτό, εκπονείται σχετικός πίνακας δυνητικών συμμετεχόντων με τον αριθμό των ατόμων που οι αιτήσεις τους κρίνονται από την Επιτροπή ως πλήρεις (πληρότητα δικαιολογητικών και στοιχείων της αίτησης) και επομένως γίνονται δεκτές από την Επιτροπή.



2) Επιλογή των συμμετεχόντων στην πράξη.

Στο στάδιο αυτό, η Επιτροπή καταρτίζει σχετικό πίνακα κατάταξης και επιλογής των ωφελουμένων της πράξης, συμπεριλαμβανομένων και των επιλαχόντων, οι οποίοι θα καταταγούν/επιλεγούν βάσει των τεσσάρων (4) προαναφερόμενων κριτηρίων επιλογής.

Σημειώνεται σε αυτό το σημείο, πως σε περίπτωση ισοψηφίας μεταξύ υποψηφίων, μοναδικό κριτήριο επιλογής θα είναι η τήρηση σειράς προτεραιότητας φς προς το χρόνο κατάθεσης της αίτησης. 3) Έκδοση απόφασης και δημοσιοποίηση των αποτελεσμάτων.

Στο στάδιο αυτό, η Επιτροπή εκδίδει σχετική απόφαση με τα αποτελέσματα της διαδικασίας περιγράφοντας επίσης τις επιμέρους εργασίεψστάδια που πραγματοποιήθηκαν. Κατόπιν ο δικαιούχος προβαίνει σε όλες τις απαραίτητες διαδικασίες δημοσιοποίησης των αποτελεσμάτων και ενημέρωσης των ωφελουμένων.

Επισημαίνεται ότι, σε περίπτωση αλλαγών ή μη συμμετοχών από πλευράς ωφελουμένων και σε κάθε περίπτωση λόγω μη υπαιτιότητας του δικαιούχου, η Επιτροπή δύναται να προβεί στις απαραίτητες αλλαγές χρησιμοποιώντας τους επιλαχόντες με βάση το συνολικό πίνακα κατάταξης. Η ανάρτηση των πινάκων θα γίνει στην ηλεκτρονική διεύθυνση:

οι ωφελούμενοι είναι δυνατόν να ασκήσουν ένσταση κατά του ανωτέρω πίνακα εντός τριών (3) εργάσιμων ημερών από τη ι«ωστοποίηση των αποτελεσμάτων, ενώπιον της επιτροπής αξιολόγησης, ιδιοχείρως.

Μετά την διαδικασία αξιολόγησης των ενστάσεων, θα αναρτηθεί Οριστικός Πίνακας Κατάταξης των ωφελούμενων και επιλαχόντων στην ηλεκτρονική διεύθυνση: 

Σημειώνεται σε αυτό το σημείο, πως κάθε αίτηση θα λάβει έναν μοναδιαίο κωδικό αναγνώρισης που θα κοινοποιηθεί στους συμμετέχοντες.

Η ανάρτηση των πινάκων (και του προσωρινού και του οριστικού μετά την εξέταση τυχόν ενστάσεων) θα γίνεται με αναφορά στους ανωτέρω κωδικούς και όχι τα ονοματεπώνυμα των ωφελούμενων, προκειμένου να μη δημοσιοποιηθούν ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα.

οι επιλαχόντες με βάση το συνολικό πίνακα κατάταξης κάθε περιοδικού κύκλου αξιολόγησης, θα έχουν προτεραιότητα για την κάλυψη πρόσθετων αναγκών που τυχόν προκύψουν μετά την ολοκλήρωση του εκάστοτε περιοδικού κύκλου υποβολής αιτήσεων.

E. ΥΠΟΒΟΛΗ ΑΙΤΗΣΕΩΝ

οι αιτήσεις των ενδιαφερόμενων στο πλαίσιο της παρούσας 11¥ Ανοιχτής Πρόσκλησης με σκοπό την κατάρτιση λίστας υποψήφιων που θα κληθούν, σε περίπτωση αποχώρησης ενός ή περισσότερων εκ των 75 συνολικά υφιστάμενων ωφελούμενων του Κέντρου να καλύψουν την κενή θέση, μπορούν να υποβάλλονται από την ημέρα δημοσιοποίησής μέχρι και την καταληκτική ημερομηνία που θα ανακοινωθεί στην ιστοσελίδα του Ιδρύματος, σε συνέχεια σχετικής απόφασης Δ.Σ.

Τρόπος Υποβολής Αιτήσεων : Στη Γραμματεία του Ιδρύματος (Διεύθυνση: Λεωφ. Μαραθώνος 1, Νέα Μάκρη) κατά τις εργάσιμες η μέρες και ώρες ή μέσω e-mail στη διεύθυνση info@pammakaristos.ell

ΣΤ. ΠΑΡΟΧΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΤΩΝ ΚΑΙ ΕΓΓΡΑΦΏΝ

Η παρούσα Πρόσκληση, με την αίτηση, την δήλωση συναίνεση« λήψης συγκατάθεσης και τα δικαιολογητικά, διατίθεται από το Ίδρυμα για το Παιδί «Η Παμμακάριστος» (Λεωφόρος Μαραθώνος 1, Νέα Μάκρη) και αναρτάται στην ιστοσελίδα του  για όλο το διάστημα υποβολής αιτήσεων.

Περιφερειακό

Πρόγραμμα

Επίσης η Πρόσκληση:

* Αποστέλλεται σε Ο.Τ.Α. Α' βαθμού (Δήμους), εντός της γεωγραφικής περιοχής κάλυψης της Πράξης καθώς και στην Περιφέρεια Αττικής, και, ειδικότερα, στις κοινωνικές υπηρεσίες αυτών.
* Αποστέλλεται για ανάρτηση στην ιστοσελίδα της Ε.Σ.Α,μεΑ. και της Π.Ο.Σ.Γ.Κ.Α.μεΑ.
* Αποστέλλεται για ανάρτηση σε φορείς παροχής υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοια4 συμπεριλαμβανομένων των Κέντρων Κοινωνικής Πρόνοιας Περιφερειών (Κ.Κ.Π.Π.) και των παραρτημάτων καθώς και σε κλειστές μονάδες κλειστής φροντίδας (Ιδρύματα, ΣΥΔ κ.λπ.)
* Αποστέλλεται στη Διεύθυνση Πολιτικών ΑΜΕΑ του Υπουργείου Κοινωνικής Συνοχής &

Οικογένειας

Για κάθε πληροφορία οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να επικοινωνούν με τη Γραμματεία του Ιδρύματος.

Διεύθυνση: Λεωφ. Μαραθώνος 1, Νέα Μάκρη 19005 τηλ.: 22940 - 91206, 96013 Fax: 22940 - 91407

Ε- mail: info@pammakaristos.eu

Ιστοσελίδα: www.p§mmakaristos.gr

## Η ΠΡΑΞΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΕΙΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΕΝΩΣΗ (ΕΥΡΩΠΑΙΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ +)

### Για το Ίδρυμα για το Παιδί «Η Παμμακάριστος»

Νικόλαος Ρούσσος Πρόεδρος ΔΙΣ.

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΕΓΓΡΑΦΑ

1. Αίτηση Συμμετοχής
2. Δήλωση Ενημέρωσης και Λήψης Συγκατάθεσης για την επεξεργασία προσωπικών δεδομένων
3. Υπεύθυνη Δήλωση Γονέα — Κηδεμόνα — Δικαστικού Συμπαραστάτη
4. Υπεύθυνη Δήλωση του άμεσα ωφελούμενου
5. Υπεύθυνη Δήλωση Νόμιμου Εκπροσώπου Ιδρύματος — Θεραπευτηρίου



Ημερομηνία υποβολής: Ι Ι

Αρ. Πρωτ •(συμπληωνεται από τη Δομή)

προς:

ΙΔΡΥΜΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ «Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ»

Λεωφ. Μαραθώνος 1, 19005 Νέα Μάκρη

Τηλέφωνο : 22940 91206-96013 Fax : 22940 - 91407

E-mail : info@pammakaristos.eu

Αίτηση σψμμετοχής

στην Πράξη «Συνέχιση λειτουργίας της Δομής ΚΔΗΦ - ΑμεΑ

"Τδρύματος για ΤΟ παιδί «Η  με Κωδικό ΟΠΣ

6003830 και ένταξη στο Πρόγραμμα «Αττική 2021-2027»

|  |
| --- |
| Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥΙΗΣ |
| ΟΝΟΜΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ |  |
| ΕΠΏΝΥΜΟ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ |  |
| ΟΝΟΜΑ ΓΙΑΤΡΟΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ |  |
| ΦΥΛΟ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ | ΑΡΡΕΝ | ΘΗΛΥ Ο |
| ΗΛΙΚΙΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ |  |
| ΔΙΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ |  |
| ΠΟΛΗ: | ΝΟΜΟΣ: |
| ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ |  |
| ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ |  |
| ΑΦΜ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ: | ΑΝΙΚΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ: |
| ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ | ΝΑΙ Ο | οχι |
| ΚΥΡΙΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ |  |
| ΠΑΛΙΟΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΣ ΔΟΜΗΣ | ΝΑΙ | οχι |
| ΕΙΔΟΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ |  |
| ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ |  |
| ΠΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ | ΙΔΡΥΜΑ ΚΛΕΙΣΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΟ ΟΣΥΔΙΔΙΩΤΙΚΗ / ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΟΙιαΑΑΛΛΟ• |



|  |
| --- |
| Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥΙΗΣ |
| ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ | ΜΟΝΟΓΟΝΕϊΚΗΤΡΠΈΚΝΗ [JΠΟΛΥΤΕΚΝΗ G]ΑΛΛΟ ΜΕΛΟΣ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ Γ] |
| B. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑΙΝΟΜΙΜΟΥ ΚΗΔΕΜΟΝΑ Ή ΔΙΚΑΣΤΙΚΟΥ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΤΗ |
| ΟΝΟΜΑΤΕΠΏΝΥΜΟ ΓΟΝΕΑ/ΝΟΜΙΜΟΥ ΚΗΔΕΜΟΝΑ Ή ΔΙΚΑΣΠΚΟΥ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΤΗ |  |
| ΔΙΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΓΟΝΕΑ/ΝΟΜΙΜΟΥ ΚΗΔΕΜΟΝΑ Ή ΔΙΚΑΣΤΙΚΟΥ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΤΗ |  |
| ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΓΟΝΕΑΙΝΟΜΙΜΟΥ ΚΗΔΕΜΟΝΑ ΔΙΚΑΣΤΙΚΟΥ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΤΗ |  |
| Γ. ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΥΠΟΒΑΛΛΩ | ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΧΣΕ ΟΠΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ |
|  | ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ Ή ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ Ή ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΠΚΟΓΕΝΝΗΣΕΩΣ Ή ΚΑΡΤΑ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ. ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΜΗ ΥΠΑΡΞΗΣ ΤΩΝ ΠΡΟΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΩΝ (ΠΧ. ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΔΙΑΒΙΟΥΝ ΣΕ ΙΔΡΥΜΑΤΑ) ΟΠΟΙΟΔΗΠΟΤΕ ΕΓΓΡΑΦΟ ΤΑΥΤΟΠΟΙΗΣΗΣ.ΑΔΕΙΑ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΣΕ ΙΣΧΥ (ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΜΟΔΑΠΩΝ ΑΠΟ ΤΡΙΤΕΣ ΧΩΡΕΣ) ΉΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΟΜΟΓΕΝΟΥΣ (ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΛΛΗΝΑ ΟΜΟΓΕΝΟΥΣ) |  |
| 2 | ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ Ή ΕΚΤΥΠΩΣΗ ΑΤΟΜΙΚΟΥ Ή ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΕΚΚΑΘΑΡΙΣΤΙΚΟΥΣΗΜΕΙΩΜΑΤΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ ΕΤΟΥΣ 2022 Ή ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΠΕΡΙ ΜΗ ΥΠΟΧΡΕΩΣΗΣ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ (ΜΟΝΟ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ ΔΕΝ ΥΠΟΧΡΕΟΥΤΑΙ) |  |
| 3 | ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΤΟΥ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ ΣΕ ΙΣ(Υ ΠΑ ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ ΜΙΑ ΠΑΘΗΣΗ ΑΠΟ ΤΙΣ ΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΕΣ ΠΗΝ ΥΠ' ΑΡ.ΟΙΚ. 47350/12.12.2ΟΙ8(Β ' 5571) ΚΟΙΝΗ ΥΠΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΦΑΣΗ, ΟΠΩΣ ΙΣ(ΥΕΙ, ΉΜΕ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΙΣΟ Ή ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟ ΑΠΟ 67% |  |
| 4 | ΥΠΟΒΟΛΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΥ ΕΙΣΗΓΗΤΙΚΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΦΑΚΕΛΟΥ ΠΑ ΤΗΝ ΕΚΔΟΣΗ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟ ΚΕ.Π.Α. Ή ΕΓΚΡΙΤΙΚΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗΓΝΩΜΆΤΕΥΣΗ ΕΙΔΙΚΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ ΤΟΥ Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΑΝΗΛΙΚΟΥΣ) |  |
| 5 | ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΠΡΟΣΦΑΤΟΥ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΕ |  |
| 6 | ΑΝΠΓΡΑΦΟ/Α ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΤΟΥΠΟΥΣ ΕΝ ΙΣΧΥ, ΕΑΝ ΤΟ ΑΤΟΜΟ ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ ΕΠΙΦΟΡΤΙΣΜΕΝΟ ΜΕ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟΥ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ (ΓΟΝΕΑΣ / ΚΗΔΕΜΟΝΑΣ / ΑΝΑΔΟΧΟΣ /ΕΠΙΤΡΟΠΟΣ Ι ΔΙΚΑΣΤΙΚΟΣ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΤΗΣ) Ή ΑΜΟ ΜΕΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΑΝΗΚΕΙ ΠΗΝ ΟΜΑΔΑ ΤΩΝ ΑμεΑ |  |
| 7 | ΒΕΒΑΙΏΣΗ ΑΝΙΚΑ ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΤΟΥ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ Ή ΤΟΥ ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ ΤΟΥ ΠΕΡΙ ΜΗ ΚΑΤΟΧΗΣ ΑΝΙΚΑ |  |



|  |  |
| --- | --- |
|  Γ. ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΤΑ ΥΠΟΒΑΛΛΩ | ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΧΣΕ ΟΠΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ |
| 8 | ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 8 ΠΑΡ. 4 ΤΟΥ N. 1599/1986 ΤΟΥ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ Ή ΤΟΥ ΝΟΜΙΜΟΥ ΚΗΔΕΜΟΝΑ/ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ, ΠΟΥ ΝΑ ΑΝΑΦΕΡΕΙ ΟΠ:Α)ΔΕΝ ΘΑ ΛΑΜΒΑΝΕΙ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ ΠΑ ΤΙΣ ΣΥΓΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΟΥΜΕΝΕΣΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΟΥ ΤΠΟΥ/ΤΗΣ ΠΑΡΕΧΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΚΔΗΦ ΑΠΟ ΑΛΛΗΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΙΚΗ ΠΗΓΗ (ΠΧ. ΕΟΠΥΥ) ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΤΟΥ ΠΡΑΞΗ , ΚΑΙB) ΔΕΝ ΘΑ ΛΑΜΒΑΝΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΑΠΟ ΑΛΛΟ ΚΔΗΦ Ή ΦΟΡΕΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΠΑΡΕΜΦΕΡΏΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ, Ο ΟΠΟΙΟΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΕΙΤΑΙ ΑΠΟ ΕΘΝΙΚΟΥΣ 1-1/ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥΣ ΠΟΡΟΥΣ, ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΤΟΥ ΠΗΝ ΠΡΑΞΗ |  |
| 9 | ΔΗΛΩΣΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΛΗΨΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΠΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΏΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ |  |
| ιο | ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ ΑΠΟ ΙΔΡΥΜΑ/ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ/ΚΚΠΠ, κ.Α.: Α) ΒΕΒΑΙΏΣΗ ΤΟΥ ΑΡΜΟΔΙΟΥ ΟΡΓΑΝΟΥ/ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ ΤΟΥΙΔΡΥΜΑΤΟΣ /ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟΥ /κκππ Κ.Α. ΠΟΥ ΝΑ ΠΙΣΤΟΠΟΙΕΙ ΤΗ ΔΙΑΒΙΩΣΗΤΟΥ ΣΕ ΑΥΤΟ ΚΑΙ ΝΑ ΒΕΒΑΙΏΝΕΙ ΟΠ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΤΟΥ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣΠΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΟΥ ΠΗΝ ΠΡΑΞΗ, ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΕΙ ΣΤΟΝ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΟΛΕΣ ΤΙΣ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΠΑ ΤΟ ΑΤΟΜΙΚΟ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΟΥ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ/ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΤΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣB) ΣΥΝΟΠΠΚΗ ΕΚΘΕΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΒΑΘΜΟ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΟΥ ΚΔΗΦ. ΕΚΘΕΣΗ ΘΑΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΒΕΒΑΙΏΝΕΤΑΙ ΟΠ Ο ΥΠΟΨΗΦΙΟΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΣ ΣΥΝΑΙΝΕΙ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΟΥ ΠΗΝ ΠΡΑΞΗ |  |
| ιι | ΠΑ ΤΟΥΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΔΙΑΒΙΟΥΝ ΣΕ ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΚΛΕΙΣΤΗΣΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ/ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑΙ ΚΚΠΠ, κ.Α. Η ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΗΣ ΤΩΝ ΔΙΑΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ/ΕΓΓΡΑΦΩΝ ΤΩΝ ΑΝΩΤΕΡΩ ΣΗΜΕΙΩΝ ΚΑΙ 8, ΔΥΝΑΤΑΙΝΑ ΚΑΛΥΦΘΕΙ ΜΕ Σ(ΕΠΚΗ ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΤΟΥ ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ ΤΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ Σ(ΕΤΙΚΗ ΑΠΟΦΑΣΗ ΕΞΟΥΣΙΟΤΗΣΗΣ ΤΟΥ ΑΡΜΟΔΙΟΥ ΟΡΓΑΝΟΥ ΤΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ |  |
| 12 | ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΚΠΡΟΣΩΠΗΣΗΣ ΤΟΥ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ, ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΥΠΟΒΟΛΗ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΑΛΛΟ ΦΥΣΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ:Α) ΕΓΓΡΑΦΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΠΡΟΣΏΠΗΣΗ ΤΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ Απο ΤΟΠΡΟΣΩΠΟ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΕΙ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ, ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΤΟΥΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ ΣΕ ΙΔΡΥΜΑ/ΘΕΡΑΠΕΥΠ-ΙΡΙΟ/ΚΚΠΠ κ.Α. ΙΗB) ΑΠΟΦΑΣΗ ΟΡΙΣΜΟΥ ΔΙΚΑΣΤΙΚΟΥ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΤΗ |  |



## ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

### (σε περίπτωση που υποβάλλει την αίτηση οίη άμεσα ωφελούμενος/η)

Αιτούμαι και υποβάλλω συνημμένα δικαιολογητικά για την παροχή υπηρεσιών από το ΚΔΗΦ «Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ», στο πλαίσιο της ενταγμένης Πράξης με Κωδικό ΟΠΣ 6003830 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 το σκοπό για τον οποίο ζητήθηκαν, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.4624/2Ο19 περί προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.

Ο Ι Η ΑΙΤΏΝ Ι ΑΙΤΟΥΣΑ

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ - ΟΝΟΜΑΤΕΠΏΝΥΜΟ)

## 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 από το ΚΔΗΦ «Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ», στο πλαίσιο της ενταγμένης Πράξης με Κωδικό ΟΠΣ 6003830 και χρηματοδότηση από το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Αττική 2021-2027» για τον/την ωφελούμενο/ωφελούμενη που (α) ως γονέας (β) νομίμως εκπροσωπώ, δυνάμει της υπ' αριθμ

Απόφασης Δικαστικής Συμπαράστασης ή (y) διαμένει στη δομή την οποία εκπροσωπώ δυνάμει της της υπ' αριθμ απόφασης (επιλέγεται ένα από τα τρία),

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.4624/2Ο19 περί προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.

Ο Ι Η ΑΙΤΏΝ Ι ΑΙΤΟΥΣΑ

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ - ΟΝΟΜΑΤΕΠΏΝΥΜΟ)



Ημερομηνία υποβολής Ι Ι

Αρ. Πρωτ • (συμπληρώνεται από τη Δομή)

προς:

ΙΔΡΥΜΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ «Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ»

Λεωφ. Μαραθώνος 1, 19005 Νέα Μάκρη

Τηλέφωνο : 22940 91206-96013 Fax : 22940 - 91407

E-mail : info@pammakaristos.eu

Αίτηση σψμμπφχής

στην Πράξη «Συνέχιση λειτουργίας της Δομής ΚΔΗΦ - ΑμεΑ

"Ιδρύματος το παιδί «Η με Κωδικό ΟΠΣ

6003830 και ένταξη στο Πρόγραμμα «Αττική 2021-2027»

|  |
| --- |
| Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥΙΗΣ |
| ΟΝΟΜΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ |  |
| ΕΠΏΝΥΜΟ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ |  |
| ΟΝΟΜΑ ΓΙΑΤΡΟΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ |  |
| ΦΥΛΟ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ | ΑΡΡΕΝ Ο | ΘΗΛΥ Ο |
| ΗΛΙΙαΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ |  |
| ΔΙΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ |  |
| ΠΟΛΗ: | ΝΟΜΟΣ: |
| ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ |  |
| ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ |  |
| ΑΦΜ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ: | ΑΝΙΚΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ: |
| ΑΣΦΆΛΙΣΗ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ | ΝΑΙ Ο | οχι |
| ΚΥΡΙΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑ.Σ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ |  |
| ΠΑΛΙΟΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΣ ΔΟΜΗΣ | ΝΑΙ | οχι ο |
| ΕΙΔΟΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ |  |
| ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ |  |
| ΤΥΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ | ΙΔΡΥΜΑ ΚΛΕΙΣΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΟΣΥΔ ΟΙΔΙΩΤΙΚΗ / ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΟΙΙαΑ Ο ΑΛΛΟ• |



|  |
| --- |
| Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥΙΗΣ |
| ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ | ΜΟΝΟΓΟΝΕϊΚΗ G]ΤΡΙΤΕΚΝΗΠΟΛΥΤΕΚΝΗΑΛΛΟ ΜΕΛΟΣ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ Ε] |
| B. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑΙΝΟΜΙΜΟΥ ΚΗΔΕΜΟΝΑ Ή ΔΙΚΑΣΠΚΟΥ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΤΗ |
| ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΓΟΝΕΑΙΝΟΜΙΜΟΥ 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 | ΣΥΜΠΛΗΡΏΣΤΕ ΧΣΕ ΟΠΥΠΟΒΆΛΛΕΤΑΙ |
| 1 | ΑΝΤΊΓΡΑΦΟ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ Ή ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ Ή ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟΓΕΝΝΗΣΕΩΣ Ή ΚΑΡΤΑ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ. ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΜΗ ΥΠΑΡΞΗΣ ΤΩΝ ΠΡΟΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΩΝ (ΠΧ. ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΔΙΑΒΙΟΥΝ ΣΕΙΔΡΥΜΑΤΑ) ΟΠΟΙΟΔΗΠΟΤΕ %ΆΛΟ ΕΓΓΡΑΦΟ ΤΑΥΤΟΠΟΙΗΣΗΣ.ΑΔΕΙΑ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΣΕ ΙΣΧΥ (ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΛΛΟΔΑΠΏΝ Απο ΤΡΙΤΕΣ ΧΩΡΕΣ) ΉΑΝΤΊΓΡΑΦΟ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΟΜΟΓΕΝΟΥΣ (ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΛΛΗΝΑ ΟΜΟΓΕΝΟΥΣ) |  |
| 2 | ΑΝΤΊΓΡΑΦΟ Ή ΕΚΤΎΠΩΣΗ ΑΤΟΜΙΚΟΥ Ή ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΕΚΚΑΘΑΡΙΣΠΚΟΥΣΗΜΕΙΩΜΑΤΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ ΕΤΟΥΣ 2022 Ή ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΠΕΡΙ ΜΗ ΥΠΟΧΡΕΩΣΗΣ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ (ΜΟΝΟ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ ΔΕΝ ΥΠΟΧΡΕΟΥΤΑΙ) |  |
| 3 | ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΤΟΥ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ ΣΕ ΙΣΧΥ ΠΑ ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ ΜΙΑ ΠΑΘΗΣΗ Απο ΤΙΣ ΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΕΣ ΥΠ' ΑΡ.ΟΙΚ. 47350/12.12.2ΟΙ8(Β 5571) ΚΟΙΝΗ ΥΠΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΦΑΣΗ, ΟΠΩΣ ΙΣΧΥΕΙ, Ή ΜΕ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΙΣΟ Ή ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟ Απο |  |
| 4 | ΥΠΟΒΟΛΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΥ ΕΙΣΗΓΗΤΙΚΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΦΑΚΕΛΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΔΟΣΗ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟ ΚΕ.Π.Α. Ή ΕΓΚΡΙΤΙΚΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΕΙΔΙΚΏΝ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ ΤΟΥ Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΑΝΗΛΙΚΟΥΣ) |  |
| 5 | ΑΝΠΓΡΑΦΟ ΠΡΟΣΦΑΤΟΥ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΕ ΙΣ(Υ |  |
| 6 | ΑΝΤΙΓΡΑΦΟΙΑ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΤΟΥΠΟΥΣ ΕΝ ΙΣΧΥ, ΕΑΝ ΤΟ ΑΤΟΜΟ ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ ΕΠΙΦΟΡΤΙΣΜΕΝΟ ΜΕ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟΥ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ (ΓΟΝΕΑΣ / ΚΗΔΕΜΟΝΑΣ / ΑΝΑΔΟΧΟΣ /ΕΠΙΤΡΟΠΟΣ / ΔΙΚΑΣΤΙΚΟΣ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΤΗΣ) Ή ΜΕΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΑΝΗΚΕΙ ΟΜΑΔΑ ΤΩΝ Αμε,Α |  |
| 7 | ΒΕΒΑΙΏΣΗ ΑΝΙΚΑ Ή ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΤΟΥ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ ΤΟΥ ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ ΤΟΥ ΠΕΡΙ ΜΗ ΚΑΤΟΧΗΣ ΑΝΙΚΑ |  |

Περιφερειακό Πρόγραμμα

|  |  |
| --- | --- |
| Γ. ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΥΠΟΒΑΛΛΩ | ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΧΣΕ ΟΠΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ |
| 8 | ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 8 ΠΑΡ. 4 ΤΟΥ N. 1599/1986 ΤΟΥ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ Ή ΤΟΥ ΝΟΜΙΜΟΥ ΚΗΔΕΜΟΝΑ/ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ, ΠΟΥ ΝΑ ΑΝΑΦΕΡΕΙ ΟΤΙ:Α)ΔΕΝ ΘΑ ΛΑΜΒΑΝΕΙ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ ΠΑ ΤΙΣ ΣΥΓΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΟΥΜΕΝΕΣΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΟΥ ΤΠΟΥΙΠΗΣ ΠΑΡΕΧΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΚΔΗΦ ΑΠΟΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΙΚΗ ΠΗΓΗ (ΠΧ. ΕΟΠΥΥ) ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΤΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ , ΚΑΙB) ΔΕΝ ΘΑ ΜΜΒΑΝΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΑΠΟ ΑΛΛΟ ΚΔΗΦ Ή ΑΛΛΟ ΦΟΡΕΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΠΑΡΕΜΦΕΡΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ, Ο ΟΠΟΙΟΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΕΙΤΑΙ ΑΠΟ ΕΘΝΙΚΟΥΣ Ή/ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥΣ ΠΟΡΟΥΣ, ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΤΟΥ ΣΠΑΝ ΠΡΑΞΗ |  |
| 9 | ΔΗΛΩΣΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΛΗΨΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΠΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΏΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ |  |
| ιο | ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ ΑΠΟ ΙΔΡΥΜΑ/ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ/ΚΚΠΠ, Κ.Α.:Α) Σ(ΕΠΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΤΟΥ ΑΡΜΟΔΙΟΥ ΟΡΓΑΝΟΥ/ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ ΤΟΥΙΔΡΥΜΑΤΟΣ /ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟΥ ικκππ Κ.Α. ΠΟΥ ΝΑ ΠΙΣΤΟΠΟΙΕΙ ΤΗ ΔΙΑΒΙΩΣΗΤΟΥ ΣΕ ΑΥΤΟ ΚΑΙ ΝΑ ΒΕΒΑΙΏΝΕΙ ΟΠ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΤΟΥ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ ΠΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ, ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΕΙ ΣΤΟΝ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΟΛΕΣ ΤΙΣ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΠΑ ΤΟ ΑΤΟΜΙΚΟ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΟΥ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ ΚΑΙ Σ(ΕΠΚΗ ΕΚΘΕΣΗ/ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΤΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣB) ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΠΑ ΤΟ ΒΑΘΜΟΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΟΥ ΚΔΗΦ. ΠΗ ΕΚΘΕΣΗ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΒΕΒΑΙΏΝΕΤΑΙ ΟΠ Ο ΥΠΟΨΗΦΙΟΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΣ ΣΥΝΑΙΝΕΙ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΟΥ ΠΡΑΞΗ |  |
| ιι | ΠΑ ΤΟΥΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΔΙΑΒΙΟΥΝ ΣΕ ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΚΛΕΙΣΤΗΣΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ/ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑΙ ΚΚΠΠ, Κ.Α. Η ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΗΣ ΤΩΝΔΙΑΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ/ΕΓΓΡΑΦΩΝ ΤΩΝ ΑΝΩΤΕΡΩ ΣΗΜΕΙΩΝ ΚΑΙ 8, ΔΥΝΑΤΑΙ ΝΑ ΚΑΛΥΦΘΕΙ ΜΕ ΣΧΕΤΙΚΗ ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΤΟΥ ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ ΤΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ Σ(ΕΤΙΚΗ ΑΠΟΦΑΣΗ ΕΞΟΥΣΙΟΤΗΣΗΣ ΤΟΥ ΑΡΜΟΔΙΟΥ ΟΡΓΑΝΟΥ ΤΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ |  |
| 12 | ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΚΠΡΟΣΩΠΗΣΗΣ ΤΟΥ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ, ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΥΠΟΒΟΛΗ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΦΥΣΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ:Α) ΕΓΓΡΑΦΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ ΠΑ ΤΗΝ ΕΚΠΡΟΣΩΠΗΣΗ ΤΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΑΠΟ ΤΟΠΡΟΣΩΠΟ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΕΙ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ, ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΤΟΥΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ ΣΕ ΙΔΡΥΜΑ/ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ/ΚΚΠΠ Κ.Α. ΉB) ΑΠΟΦΑΣΗ ΟΡΙΣΜΟΥ ΔΙΚΑΣΤΙΚΟΥ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΤΗ |  |

 ..2021-2027

αΑΤΤΙΚΙ•-Ι»

## ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

### (σε περίπτωση που υποβάλλει την αίτηση οίη άμεσα ωφελούμενοςΙη)

Αιτούμαι και υποβάλλω συνημμένα δικαιολογητικά για την παροχή υπηρεσιών από το ΚΔΗΦ «Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ», στο πλαίσιο της ενταγμένης Πράξης με Κωδικό ΟΠΣ 6003830 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 το σκοπό για τον οποίο ζητήθηκαν, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.4624/2Ο19 περί προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.

Ο Ι Η ΑΙΤΏΝ Ι ΑΙΤΟΥΣΑ

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ - ΟΝΟΜΑΤΕΠΏΝΥΜΟ)

## ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

### (Σε περίπτωση που υποβάλλει την αίτηση γονέαςΙκηδεμόναςΙνόμιμος εκπρόσωπος ή εκπρόσωπος του ιδρύματος διαμονής τουΙτης ωφελούμενουΙης)

Αιτούμαι και υποβάλλω συνημμένα δικαιολογητικά για την παροχή υπηρεσιών από το ΚΔΗΦ «Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ», στο πλαίσιο της ενταγμένης Πράξης με Κωδικό ΟΠΣ 6003830 και χρηματοδότηση από το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Αττική 2021-2027» για τον/την ωφελούμενο/ωφελούμενη που (α) ως γονέας (β) νομίμως εκπροσωπώ, δυνάμει της υπ' αριθμ

Απόφασης Δικαστικής Συμπαράστασης ή (y) διαμένει στη δομή την οποία εκπροσωπώ δυνάμει της της υπ' αριθμ απόφασης (επιλέγεται ένα από τα τρία),

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.4624/2Ο19 περί προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.

Ο Ι Η ΑΙΤΏΝ Ι ΑΙΤΟΥΣΑ

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ - ΟΝΟΜΑΤΕΠΏΝΥΜΟ)

«ΑΤΤΙΚΗ»

Το Ίδρυμα για το Παιδί «Η Παμμακάριστος», λειτουργώντας ως δικαιούχος της Πράξης «Συνέχιση λειτουργίας της Δομής ΚΔΗΦ - ΑμεΑ "Ιδρύματος για το παιδί «Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΤΣΤΟΣ»"» με Κωδικό ΟΠΣ 6003830 και χρηματοδότηση από το Πρόγραμμα «Αττική 2021-2027» δημοσιεύει πρόσκληση επιλογής ωφελούμενων.