



**ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΟΝΕΩΝ-ΚΗΔΕΜΟΝΩΝ &  
ΦΙΛΩΝ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ, ΠΑΙΔΙΩΝ &  
ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ  
«ΑΓΑΠΗ»**

Ταχ .Διευθ.: Παπανικολάου 23,74100 Ρέθυμνο  
Τηλ.: 28310 23324,28310 57694  
FAX: 28310 23324  
E- mail: [sillogosagapi@gmail.com](mailto:sillogosagapi@gmail.com)  
URL: [www.sillogosagapi.gr](http://www.sillogosagapi.gr)

**ΑΙΤΗΣΗ ΠΡΟΣ ΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΔΙΗΜΕΡΕΥΣΗΣ – ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ  
ΑΝΑΓΚΕΣ, ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΓΟΝΕΩΝ ΚΗΔΕΜΟΝΩΝ ΚΑΙ ΦΙΛΩΝ  
ΑΤΟΜΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΝΗΛΙΚΩΝ «ΑΓΑΠΗ»,  
ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ως δυνητικά ωφελούμενος στο ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΚΡΗΤΗ»,  
Άξονας προτεραιότητας 5 «Προώθηση της Κοινωνικής Ένταξης και καταπολέμηση της  
φτώχειας στην Κρήτη»**

Ημερομηνία υποβολής : / /2020

**ΑΡΙΘ. ΠΡΩΤ.** (συμπληρώνεται από την Δομή) :

| Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΤΟΜΟΥ ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ ΕΠΙΦΟΡΤΙΣΜΕΝΑ ΜΕ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ, ΑμΕΑ Κ.ΛΠ.<br>(ΓΟΝΕΑ/ΝΟΜΙΜΟΥ ΚΗΔΕΜΟΝΑ Ή ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ) |       |     |         |               |                    |  |
|--|-------|-----|---------|---------------|--------------------|--|
| ΕΠΩΝΥΜΟ  |       |     |         |               |                    |  |
| ΟΝΟΜΑ  |       |     |         |               | ΗΜ/ΝΙΑ<br>ΓΕΝΝΗΣΗΣ |  |
| ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ   |       |     |         |               |                    |  |
| ΑΡ.ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ  |       |     |         | Α.Φ.Μ. / ΑΛΛΟ |                    |  |
| ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ<br>ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ   |       |     |         |               |                    |  |
| ΚΥΡΙΟΣ<br>ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ<br>ΦΟΡΕΑΣ   |       |     |         |               |                    |  |
| ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ:  | ΝΟΜΟΣ |     | ΔΗΜΟΣ   |               | ΠΟΛ<br>Η           |  |
|  | ΟΔΟΣ  |     | ΑΡΙΘΜΟΣ |               | Τ.Κ.               |  |
| ΤΗΛΕΦΩΝΟ   |       | FAX |         | e-mail        |                    |  |
| ΣΤΟΙΧΕΙΑ<br>ΕΡΓΑΣΙΑΚΗΣ<br>ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ<br>ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ   |       |     |         |               |                    |  |



Ε.Π. "ΚΡΗΤΗ" 2014 – 2020  
Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης



| Β. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΤΟΜΟΥ ΠΟΥ ΘΑ ΛΑΜΒΑΝΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΔΥΝΗΤΙΚΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ/ΗΣ)  |       |                    |         |        |          |
|---|-------|--------------------|---------|--------|----------|
| ΕΠΩΝΥΜΟ   |       |                    |         |        |          |
| ΟΝΟΜΑ   |       | ΗΜ/ΝΙΑ<br>ΓΕΝΝΗΣΗΣ |         |        |          |
| ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ  |       |                    |         |        |          |
| ΑΡ.ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ   |       | Α.Φ.Μ. / ΑΛΛΟ      |         |        |          |
| ΦΥΛΟ  |       | ΗΛΙΚΙΑ             |         |        |          |
| ΠΑΛΙΟΣ Ή ΝΕΟΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΣ ΤΗΣ ΔΟΜΗΣ (αν ο δυνητικός ωφελούμενος έχει λάβει ή όχι υπηρεσίες από το ΚΔΗΦ πριν την συμμετοχή του στην εν λόγω πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος) |       |                    |         |        |          |
| ΕΙΔΟΣ ΚΑΙ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ   |       |                    |         |        |          |
| ΤΥΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ (ίδρυμα κλειστής περίθαλψης, οικοτροφείο, ΣΥΔ, ιδιωτική ή οικογενειακή κατοικία, κ.α.).   |       |                    |         |        |          |
| ΑΣΦΑΛΙΣΗ (ναι / όχι)  |       |                    |         |        |          |
| ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ (ύπαρξη άλλου ΑΜΕΑ στην οικογένεια, μονογονεακή, κ.α.).   |       |                    |         |        |          |
| ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ:   | ΝΟΜΟΣ |                    | ΔΗΜΟΣ   |        | ΠΟΛ<br>Η |
|   | ΟΔΟΣ  |                    | ΑΡΙΘΜΟΣ |        | Τ.Κ.     |
| ΤΗΛΕΦΩΝΟ  |       | FAX                |         | e-mail |          |

|   |   |
|---|---|
| Γ. ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΥΠΟΒΑΛΛΩ         | Τίθεται Χ σε ό,τι υποβάλλεται συνημμένα |
| <b>ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ (ΑΤΟΜΟ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΕΙ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ)</b> |   |



|     |   |  |
|-----|---|--|
| 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.<br>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 2019, 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   | Βεβαίωση εργασίας γονέα/κηδεμόνα/νόμιμου εκπρόσωπου ή αντίγραφο της κάρτας ανεργίας του ΟΑΕΔ (σε ισχύ)  |  |
| 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   | Αντίγραφο απόφασης δικαστικής συμπαράστασης (εφόσον υπάρχει) και απόφαση πρωτοδικείου περί τελεσιδικίας (εφόσον έχει ολοκληρωθεί η διαδικασία)  |  |
| 9   | Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 παρ. 4 του ν. 1599/1986 του ωφελούμενου ή του νόμιμου κηδεμόνα/ εκπροσώπου, που να αναφέρει ότι:<br>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<br>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. |  |
| 10  | Σε περίπτωση ωφελούμενου από ίδρυμα/θεραπευτήριο/ΚΚΠΠ, κ.α.:  |  |
| 10α | 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.   |  |
| 10β | 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 7, δύναται να καλυφθεί με σχετική υπεύθυνη δήλωση του νόμιμου εκπροσώπου του ιδρύματος, μετά από σχετική απόφαση εξουσιοδότησης του αρμόδιου οργάνου του ιδρύματος.

#### **ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

**(σε περίπτωση που υποβάλλει την αίτηση ο/η ωφελούμενος /η)**

Αιτούμαι και υποβάλλω συνημμένα δικαιολογητικά για την παροχή υπηρεσιών από το, Κέντρο Δημέρευσης-Ημερήσιας φροντίδας για Άτομα με ειδικές ανάγκες, Νοητική Υστέρηση του Συλλόγου Γονέων Κηδεμόνων και Φίλων Ατόμων Παιδιών και Ενηλίκων με αναπηρία «ΑΓΑΠΗ», του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Κρήτη 2014-2020», Άξονας Προτεραιότητας 5 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 Συμπράτασης, από τη δομή σας Κέντρου Δημέρευσης-Ημερήσιας φροντίδας για Άτομα με ειδικές ανάγκες, Νοητική Υστέρηση του Συλλόγου Γονέων Κηδεμόνων και Φίλων Ατόμων Παιδιών και Ενηλίκων με αναπηρία «ΑΓΑΠΗ». του Ε.Π. «Κρήτη 2014-2020», Άξονας Προτεραιότητας 5 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)**

