



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

Ταχ .Διευθ.: Συνοικία Τιμίου Σταυρού,74132 Ρέθυμνο
Τηλ.: 28310 23324,28310 57694
FAX: 28310 57694
E- mail: sillogosagapi@gmail.com
URL: www.sillogosagapi.gr

**ΑΙΤΗΣΗ ΠΡΟΣ ΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΔΙΗΜΕΡΕΥΣΗΣ – ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ
ΑΝΑΠΗΡΙΑ, ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΓΟΝΕΩΝ ΚΗΔΕΜΟΝΩΝ ΚΑΙ ΦΙΛΩΝ
ΑΤΟΜΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΝΗΛΙΚΩΝ «ΑΓΑΠΗ»,
ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ως δυνητικά ωφελούμενος στο ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΚΡΗΤΗ «2021-2027»**

Ημερομηνία υποβολής : / /2024

ΑΡΙΘ. ΠΡΩΤ. (συμπληρώνεται από την Δομή) :

| Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ (ΓΟΝΕΑ/ ΔΙΚΑΣΤΙΚΟΥ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΤΗ/ ΕΠΙΤΡΟΠΟ/ ΑΣΚΟΥΝΤΑ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ) | | | | | | |
|---|-------|-----|---------|---------------|--------------------|--|
| ΕΠΩΝΥΜΟ | | | | | | |
| ΟΝΟΜΑ | | | | | ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ | |
| ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ | | | | | | |
| ΑΡ.ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ | | | | Α.Φ.Μ. / ΑΛΛΟ | | |
| ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ | | | | | | |
| ΚΥΡΙΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ | | | | | | |
| ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ: | ΝΟΜΟΣ | | ΔΗΜΟΣ | | ΠΟΛ Η | |
| | ΟΔΟΣ | | ΑΡΙΘΜΟΣ | | Τ.Κ. | |
| ΤΗΛΕΦΩΝΟ | | FAX | | e-mail | | |

| Β. ΣΤΟΙΧΕΙΑ (ΔΥΝΗΤΙΚΑ) ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ/ΗΣ | | | |
|---------------------------------------|--|--|--------------------|
| ΕΠΩΝΥΜΟ | | | |
| ΟΝΟΜΑ | | | ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ |
| ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ | | | |



Με τη συγχρηματοδότηση
της Ευρωπαϊκής Ένωσης



| | | | | | | |
|--|--------------|------------|----------------|----------------------|-------------|--|
| 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 ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ | | | | | | |
| ΤΥΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ (μονάδα κλειστής περίθαλψης, ΣΥΔ, ιδιωτική ή οικογενειακή κατοικία, κ.α.). | | | | | | |
| ΑΣΦΑΛΙΣΗ (ναι / όχι) | | | | | | |
| ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ (ύπαρξη άλλου ΑΜΕΑ στην οικογένεια, μονογονεακή, κ.α.). | | | | | | |
| TAX. Δ/ΣΗ: | ΝΟΜΟΣ | | ΔΗΜΟΣ | | ΠΟΛΗ | |
| | ΟΔΟΣ | | ΑΡΙΘΜΟΣ | | Τ.Κ. | |
| ΤΗΛΕΦΩΝΟ | | FAX | | e-mail | | |

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



Με τη συγχρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης



| | | |
|----|--|--|
| | | |
| 2 | Αντίγραφο ή εκτύπωση Ατομικού ή οικογενειακού εκκαθαριστικού σημειώματος εφόσον το άτομο υποχρεούται να έχει καταθέσει φορολογική δήλωση για το οικονομικό έτος 2022, ή σχετική υπεύθυνη δήλωση σε περίπτωση που δεν υποχρεούται | |
| 3 | Αντίγραφο Βεβαίωσης 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%. | |
| 4 | Αντίγραφο Πιστοποιητικού οικογενειακής κατάστασης (σε ισχύ) | |
| 5 | Εάν το άτομο που είναι επιφορτισμένο με τη φροντίδα του συγκεκριμένου ωφελούμενου (γονέας/ανάδοχος/ επίτροπος/ δικαστικός συμπαραστάτης) 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 νομίμου εκπροσώπου του περί μη κατοχής ΑΜΚΑ | |
| 7 | Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 παρ. 4 του ν. 1599/1986 του ωφελούμενου ή του νόμιμου 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: | |
| 8α | 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. | |
| 8β | 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. | |
| 9 | Πιστοποιητικό ασφαλιστικής ικανότητας | |
| 10 | Αντίγραφο απόφασης δικαστικής συμπάραστασης (εφόσον υπάρχει) και απόφαση πρωτοδικείου περί τελεσιδικίας (εφόσον έχει ολοκληρωθεί η διαδικασία) | |

Για τους ωφελούμενους που διαβιούν σε μονάδες κλειστής φροντίδας η αδυναμία προσκόμισης των δικαιολογητικών/εγγράφων των ανωτέρω σημείων 1, 2, 4 και 6,



Με τη συγχρηματοδότηση
της Ευρωπαϊκής Ένωσης



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.

ΥΠΕΥΘΥΝΗΔΗΛΩΣΗ

(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 Αναπηρία, Νοητική Υστέρηση του Συλλόγου Γονέων Κηδεμόνων και Φίλων Ατόμων Παιδιών και Ενηλίκων με αναπηρία «ΑΓΑΠΗ», του Προγράμματος Κρήτη «2021-2027», στην Προτεραιότητα 5 «Πρώθηση της κοινωνικής ένταξης και καταπολέμηση της φτώχειας».

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 ωφελομένου/ης)

Αιτούμαι και υποβάλλω συνημμένα δικαιολογητικά για την παροχή υπηρεσιών για τον/την ωφελούμενο/ωφελομένη....., που νομίμως εκπροσωπώ, δυνάμει της υπ'αριθμ..... Απόφασης Δικαστικής Συμπαραστάσης, από τη δομή σας Κέντρου Δημέρευσης-Ημερήσιας φροντίδας για Άτομα με Αναπηρία, Νοητική Υστέρηση του Συλλόγου Γονέων Κηδεμόνων και Φίλων Ατόμων Παιδιών και Ενηλίκων με αναπηρία «ΑΓΑΠΗ» του Προγράμματος Κρήτη «2021-2027», στην Προτεραιότητα 5 «Πρώθηση της κοινωνικής ένταξης και καταπολέμηση της φτώχειας».

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)



Με τη συγχρηματοδότηση
της Ευρωπαϊκής Ένωσης

