Ημερομηνία υποβολής:……./…../2026

Αρ. Πρωτ..... (συμπληρώνεται από το φορέα):

ΠΡΟΣ: ΕΕΑ ΜΑΡΓΑΡΙΤΑ

ΜΕΣΟΛΟΓΓΙΟΥ & ΡΑΙΔΕΣΤΟΥ 7-9

15239 ΝΕΑ ΠΕΝΤΕΛΗ

ΤΗΛ.: 2108044812

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ

ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ

«Συνέχιση λειτουργίας της Δομής ΚΔΗΦ - ΑμεΑ ΜΑΡΓΑΡΙΤΑ» με Κωδικό ΟΠΣ 6003432

Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ/ΗΣ	
ΟΝΟΜΑ:	ΕΠΙΘΕΤΟ:
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΜΗΤΕΡΑΣ:	
ΦΥΛΟ: ΑΝΔΡΑΣ ☐ ΓΥΝΑΙΚΑ ☐	
ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:	ΗΛΙΚΙΑ:
Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:	
ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:	Α.Δ.Τ. ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ:
ΑΦΜ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ:	ΑΜΚΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ:
ΑΣΦΑΛΙΣΗ: ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐	ΠΑΛΑΙΟΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΣ ΔΟΜΗΣ: ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐
ΚΥΡΙΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ:	Α.Μ.Α.:
ΔΙΑΓΝΩΣΗ:	

Περιφερειακό Πρόγραμμα «ΑΤΤΙΚΗ»
Με τη συγχρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης
ΕΣΠΑ 2021-2027

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ:	
<u>ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ</u> ΥΠΑΡΞΗ ΑΛΛΟΥ ΑμεΑ ☐ ΜΟΝΟΓΟΝΕΪΚΗ ☐ ΑΛΛΟ ☐	<u>ΤΥΠΟΣ ΠΛΑΙΣΙΟΥ ΔΙΑΜΟΝΗΣ</u> ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑ ☐ ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΟ ☐ ΣΥΔ ☐ ΑΛΛΟ ☐
Β. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ/ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ	
ΕΠΩΝΥΜΟ:	ΟΝΟΜΑ:
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:	ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:
Α.Δ.Τ:	ΑΦΜ:
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:	
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ:	
ΚΥΡΙΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ:	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗΣ (εφόσον υπάρχει):	
ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΗ Δ/ΝΣΗ: ΝΟΜΟΣ:	ΔΗΜΟΣ:
ΟΔΟΣ:	ΑΡΙΘΜΟΣ: Τ.Κ.:
ΤΗΛ.:	

Γ. ΣΥΝΝΗΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΟΝΤΑΙ	Τίθεται Χ σε ό,τι υποβάλλεται συνημμένα
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.	
2. Εάν ο ωφελούμενος είναι αλλοδαπός από τρίτες χώρες απαιτείται και αντίγραφο της άδειας διαμονής εν ισχύ. Εάν είναι Έλληνας ομογενής απαιτείται αντίγραφο ταυτότητας ομογενούς.	
3. Αντίγραφο ή εκτύπωση Ατομικού ή οικογενειακού εκκαθαριστικού σημειώματος εφόσον το άτομο υποχρεούται να έχει καταθέσει	

φορολογική δήλωση για το φορολογικό έτος 2025 ή σχετική υπεύθυνη δήλωση σε περίπτωση που δεν υποχρεούται	
4. 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%. 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.	
5. Αντίγραφο Πιστοποιητικού οικογενειακής κατάστασης (σε ισχύ).	
6. 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.	
7. Βεβαίωση ΑΜΚΑ ή υπεύθυνη δήλωση του ωφελουμένου ή του νομίμου εκπροσώπου του περί μη κατοχής ΑΜΚΑ.	
8. Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 παρ. 4 του ν. 1599/1986 του ωφελούμενου ή του νόμιμου εκπροσώπου, που να αναφέρει ότι: 9. 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 10. 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.	
11. Απόφαση δικαστικής συμπαράστασης (εφόσον υπάρχει) και πιστοποιητικού πρωτοδικείου περί τελεσιδικίας	
12. Βεβαίωση/Πιστοποιητικό Ασφαλιστικής Ικανότητας	
Σε περίπτωση ωφελούμενου που διαβιεί σε μονάδα κλειστής φροντίδας:	
1. 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.	
2.	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.	
3.	Για τους ωφελούμενους που διαβιούν σε μονάδες κλειστής φροντίδας η αδυναμία προσκόμισης των δικαιολογητικών/εγγράφων των ανωτέρω σημείων 1, 2, 5 και 7, 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	

Ο/Η ΑΙΤ….

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ-ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ)