



## ΣΙΚΙΑΡΙΔΕΙΟ ΙΔΡΥΜΑ

**ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ:  
«ΣΙΚΙΑΡΙΔΕΙΟ ΙΔΡΥΜΑ ΦΟΡΕΑΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΔΗΜΕΡΕΥΣΗΣ –  
ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΤΟΜΩΝ ΑΜΕΑ- ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ» με κωδικό ΟΠΣ (MIS)  
5002524 στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Αττική 2014-2020»**

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ: / /2018  
**ΑΡΙΘ. ΠΡΩΤ** (συμπληρώνεται από το φορέα):

Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ / ΗΣ					
ΕΠΩΝΥΜΟ					
ΟΝΟΜΑ					
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ					
ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ/ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ				ΑΦΜ / ΑΛΛΟ	
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ					
ΤΥΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΠΛΑΙΣΙΟΥ					
ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	ΝΟΜΟΣ		ΔΗΜΟΣ		ΠΟΛΗ
	ΟΔΟΣ		ΑΡΙΘΜΟΣ		Τ.Κ
ΤΗΛΕΦΩΝΟ	FAX		EMAIL		

Β. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ/ ΚΗΔΕΜΟΝΑ/ ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ/ΗΣ					
ΕΠΩΝΥΜΟ					
ΟΝΟΜΑ					
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ					
ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ/ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ				ΑΦΜ / ΑΛΛΟ	
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ					
ΤΥΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΠΛΑΙΣΙΟΥ					
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ					
ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	ΝΟΜΟΣ		ΔΗΜΟΣ		ΠΟΛΗ
	ΟΔΟΣ		ΑΡΙΘΜΟΣ		Τ.Κ
ΤΗΛΕΦΩΝΟ	FAX		EMAIL		

Γ. ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΥΠΟΒΑΛΛΩ	Τίθεται X σε ότι υποβάλλεται συνημμένα
Δικαιολογητικά ωφελουμένου/ης	
1. Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου ή πιστοποιητικό γέννησης. (Σε περίπτωση μη ύπαρξης των προαναφερομένων οποιοδήποτε άλλο έγγραφο ταυτοποίησης)	
2. Αντίγραφο άδειας διαμονής εν ισχύ (μόνο σε περίπτωση ωφελουμένων που είναι αλλοδαποί από τρίτες χώρες)	
3. Αντίγραφο ταυτότητας ομογενούς (σε περίπτωση ωφελουμένων που είναι Έλληνες ομογενείς)	
4. Αντίγραφο ή εκτύπωση ατομικού ή οικογενειακού εκκαθαριστικού σημειώματος εφόσον το άτομο υποχρεούται να έχει καταθέσει φορολογική δήλωση για το οικονομικό έτος 2017 (εκκαθαριστικό δήλωσης 2016) ή σχετική υπεύθυνη δήλωση σε περίπτωση που δεν υποχρεούται.	
5. Αντίγραφο της βεβαίωσης πιστοποίησης της αναπηρίας του/της ωφελουμένου/ης σε ισχύ	
6. Αντίγραφο πιστοποιητικού οικογενειακής κατάστασης	
7. Αντίγραφο κάρτας ανεργίας ΟΑΕΔ σε ισχύ ή βεβαίωση ανεργίας (σε περίπτωση που ο γονέας ή κηδεμόνας του/της ωφελουμένου/ης είναι άνεργος/η)	
8. Αντίγραφο βεβαίωσης πιστοποίησης της αναπηρίας του γονέα ή κηδεμόνα ή άλλου μέλους της οικογενείας (μόνο στην περίπτωση που ανήκουν στην ομάδα ΑμεΑ)	
9. Πιστοποιητικό ασφαλιστικής ικανότητας (βεβαίωση ΑΜΚΑ)	
10. Υπεύθυνη Δήλωση του ν.1599/1986 του ωφελουμένου ή του νόμιμου κηδεμόνα – εκπροσώπου που αναφέρει ότι: όπως επισυνάπτεται (σε αρχείο word)	
11. Σε περίπτωση ωφελούμενου από Ίδρυμα/Θεραπευτήριο/ΚΚΠΠ, σχετική βεβαίωση του αρμοδίου οργάνου του ιδρύματος / θεραπευτηρίου /ΚΚΠΠ που να πιστοποιεί τη διαβίωσή του σε αυτό και να βεβαιώνει ότι σε περίπτωση επιλογής του αιτούντος θα προσκομίσει στο δικαιούχο τις απαραίτητες πληροφορίες για το ατομικό και κοινωνικό ιστορικό του ωφελούμενου και σχετική έκθεση/αξιολόγηση του ωφελούμενου από την επιστημονική ομάδα του Ιδρύματος και συνοπτική έκθεση διεπιστημονικής ομάδας για το βαθμό προσαρμογής στο πρόγραμμα ΚΔΗΦ. Στην έκθεση θα πρέπει να βεβαιώνεται ότι ο/η ωφελούμενος/η συναινεί για την συμμετοχή του στην πράξη. Σε περίπτωση αδυναμίας προσκόμισης δικαιολογητικών, απαιτείται Υπεύθυνη Δήλωση του νόμιμου εκπροσώπου περί αδυναμίας προσκόμισης δικαιολογητικών, μετά από σχετική απόφαση εξουσιοδότησης του αρμοδίου 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 τη Δομή σας, «**ΣΙΚΙΑΡΙΔΕΙΟ ΙΔΡΥΜΑ ΦΟΡΕΑΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΔΙΗΜΕΡΕΥΣΗΣ – ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΤΟΜΩΝ ΑΜΕΑ- ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ**» με κωδικό ΟΠΣ (MIS) **5002524** στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Αττική 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, από τη Δομή σας στο **ΣΙΚΙΑΡΙΔΕΙΟ ΙΔΡΥΜΑ ΦΟΡΕΑΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΔΙΗΜΕΡΕΥΣΗΣ – ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΤΟΜΩΝ ΑΜΕΑ- ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ** με κωδικό ΟΠΣ (MIS) **5002524** στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Αττική 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

(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8, παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ <sup>(1)</sup> :							
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης <sup>(2)</sup> :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:	ΤΚ:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (E-mail):			

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις <sup>(3)</sup>, που προβλέπονται από της διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

α) δεν θα λαμβάνω αποζημίωση για τις συγχρηματοδοτούμενες υπηρεσίες που μου παρέχονται από το «Σικιαρίδειο Ίδρυμα» από άλλη χρηματοδοτική πηγή (π.χ. ΕΟΠΥΥ) κατά την περίοδο συμμετοχής μου στην Πράξη, και

β) δεν θα λαμβάνω υπηρεσίες από άλλο ΚΔΗΦ ή άλλο φορέα παροχής παρεμφερών υπηρεσιών, ο οποίος χρηματοδοτείται από εθνικούς ή/και κοινοτικούς πόρους, κατά την περίοδο συμμετοχής μου στην πράξη. <sup>(4)</sup>

Ημερομηνία: ... /.../ 20...

Ο – Η Δηλών

(Υπογραφή)

1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

2) Αναγράφεται ολογράφως.

3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον :αυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.



Ευρωπαϊκή Ένωση  
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ  
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ  
ΑΤΤΙΚΗΣ



ανάπτυξη - εργασία - αλληλεγγύη

Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης