

**ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ  
ΩΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ/-ΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ**

**«Κέντρο Ημέρας Εφήβων με Αυτισμό στη Δυτική Αττική  
"Στην Αυλή του Κόσμου"», με κωδικό MIS 5002623**

<b>Ημερομηνία Υποβολής</b>	...../...../2018
<b>Αριθμός Πρωτ.:</b> (Συμπληρώνετε από το φορέα)	

**A. Στοιχεία Δυνητικά Ωφελούμενου:**

Όνομα:	Επίθετο:
Όνοματεπώνυμο πατέρα:	Κιν.:
Όνοματεπώνυμο μητέρας:	E-mail:
Φύλο: Αγόρι <input type="checkbox"/> Κορίτσι <input type="checkbox"/>	
Ημερομηνία γέννησης:	Ηλικία:
Δ/νση κατοικίας:	
Τηλέφωνο επικοινωνίας :	Α.Δ.Τ. ωφελούμενου:
ΑΦΜ ωφελούμενου:	ΑΜΚΑ ωφελούμενου:
Ασφάλιση: Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	Παλιός ωφελούμενος δομής: Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Κύριος ασφαλιστικός φορέας:	Αρ. μητρώου:
Διάγνωση:	
Ποσοστό αναπηρίας:	
Στοιχεία οικογενειακής κατάστασης Υπαρξη άλλου ΑμεΑ <input type="checkbox"/> Μονογονεϊκή <input type="checkbox"/> Άλλο <input type="checkbox"/>	Τύπος πλαισίου διαμονής Ίδρυμα κλειστής περίθαλψης <input type="checkbox"/> Οικοτροφείο <input type="checkbox"/> Σ.Υ.Δ. <input type="checkbox"/> Ιδιωτική κατοικία <input type="checkbox"/> Άλλο: <input type="checkbox"/>
Στοιχεία εργασιακής κατάστασης γονέα/νόμιμου κηδεμόνα ή εκπροσώπου	Εργαζόμενος <input type="checkbox"/> Άνεργος <input type="checkbox"/>



**ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ**  
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ  
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ  
ΑΤΤΙΚΗΣ



**ΕΣΠΑ**  
**2014-2020**  
ανάπτυξη - εργασία - αλληλεγγύη

**B. Συνημμένα Δικαιολογητικά:**

<b>Συμπληρώστε X σε ό,τι υποβάλλετε</b>		
1	Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου ή πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης και αντίγραφο άδειας διαμονής (μόνο σε περίπτωση ωφελούμενων που είναι αλλοδαποί από τρίτες χώρες) και αντίγραφο ταυτότητας ομογενούς (σε περίπτωση ωφελούμενων που είναι Έλληνες ομογενείς)	
2	Αντίγραφο ή εκτύπωση ατομικού ή οικογενειακού εκκαθαριστικού σημειώματος οικονομικού έτους 2015 ή υπεύθυνη δήλωση περί μη υποχρέωσης υποβολής φορολογικής δήλωσης (μόνο στην περίπτωση που δεν υποχρεούται)	
3	Αντίγραφο βεβαίωσης πιστοποίησης της αναπηρίας του ωφελούμενου/ης σε ισχύ	
4	Αντίγραφο πιστοποιητικού οικογενειακής κατάστασης	
5	Αντίγραφο κάρτας ανεργίας ΟΑΕΔ σε ισχύ (σε περίπτωση που ο γονέας ή ο κηδεμόνας των ωφελούμενων είναι άνεργος)	
6	Βεβαίωση εργοδότη (σε περίπτωση που ο γονέας ή ο κηδεμόνας των ωφελούμενων είναι εργαζόμενος)	
7	Αντίγραφο της βεβαίωσης πιστοποίησης της αναπηρίας του γονέα ή του κηδεμόνα ή άλλου μέλους της οικογένειας (μόνο στην περίπτωση που ανήκουν στην ομάδα των ΑμεΑ)	
8	Πιστοποιητικό ασφαλιστικής ικανότητας όπως εκδίδεται από το ΚΕΠ ή από τις ηλεκτρονικές υπηρεσίες του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ	
9	Υπεύθυνη δήλωση του ωφελούμενου ή του νόμιμου κηδεμόνα / εκπροσώπου σχετικά με τη χρηματοδότηση και τη λήψη των υπηρεσιών	
10	Απόφαση δικαστικής συμπαράστασης και πιστοποιητικό πρωτοδικείου περί τελεσιδικίας (εφόσον υπάρχει)	

<b>Προσέθετα δικαιολογητικά για ωφελούμενους από ίδρυμα/θεραπευτήριο/ΚΚΠΠ</b>		
1	Βεβαίωση του αρμόδιου οργάνου του ιδρύματος/ θεραπευτηρίου/ ΚΚΠΠ κ.α	
2	Συνοπτική έκθεση της επιστημονικής ομάδας για το βαθμό προσαρμογής του ατόμου του ΚΔΗΦ. Στην έκθεση θα πρέπει να βεβαιώνεται ότι ο υποψήφιος ωφελούμενος συναινεί για τη συμμετοχή του στην πράξη	
3	Υπεύθυνη δήλωση νόμιμου εκπροσώπου περί αδυναμίας προσκόμισης δικαιολογητικών (σε περίπτωση αδυναμίας προσκόμισης των δικαιολογητικών/ εγγράφων των ανωτέρω σημείων 1,2,4 και 7 του τμήματος β)	
4	Απόφαση εξουσιοδότησης αρμοδίου οργάνου για την προσκόμιση υπεύθυνης δήλωσης από τον νόμιμο εκπρόσωπο	
5	Απόφαση υποβολής αίτησης του αρμόδιου οργάνου του ιδρύματος (μόνο για ωφελούμενους που διαβιούν σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης)	

**Ο / Η Αιτών / Αιτούσα**

**(Υπογραφή – Ονοματεπώνυμο)**