

| | | | |
|----------------------------|---|--------------------|-------------------|
| Περιγραφή Αιτήματος | Υποβολή αίτησης για ένταξη στις Στέγες Υποστηριζόμενης Διαβίωσης «Ε.Γ.Ν.Υ.Α.» | | |
| ΠΡΟΣ: | ΣΤΕΓΕΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΖΟΜΕΝΗΣ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ Ε.Γ.Ν.Υ.Α. Ταχ.Δ/ση: Θεμιστοκλή Σοφούλη, Λαγονήσι, ΤΚ.19010 Τηλέφωνο: 2291072160 Email:egnva@otenet.gr | ΑΡΙΘΜ.ΠΡΩΤ. | ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ |

ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ ΠΡΟΣ ΕΝΤΑΞΗ ΣΤΙΣ ΣΤΕΓΕΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΖΟΜΕΝΗΣ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ «Ε.Γ.Ν.Υ.Α.»

Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ/ΥΠΟΨΗΦΙΑΣ

| | | | |
|------------------------|--|----------------------|--|
| Όνομα: | | Επώνυμο: | |
| Όνομα Πατέρα: | | Επώνυμο Πατέρα: | |
| Όνομα Μητέρας: | | Επώνυμο Μητέρας: | |
| Α.Δ.Τ.: | | Ημερομηνία Γέννησης: | |
| Νομός Κατοικίας: | | Δήμος Κατοικίας: | |
| Ταχυδρομική Διεύθυνση: | | | |
| Τηλέφωνο κινητό: | | Τηλέφωνο Σταθερό: | |

Β. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ / ΚΗΔΕΜΟΝΑ / ΔΙΚΑΣΤΙΚΟΥ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΤΗ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ / ΑΙΤΟΥΣΑΣ

| | | | |
|------------------------|--|----------------------|--|
| Όνομα: | | Επώνυμο: | |
| Όνομα Πατέρα: | | Επώνυμο Πατέρα: | |
| Όνομα Μητέρας: | | Επώνυμο Μητέρας: | |
| Α.Δ.Τ.: | | Ημερομηνία Γέννησης: | |
| Νομός Κατοικίας: | | Δήμος Κατοικίας: | |
| Ταχυδρομική Διεύθυνση: | | | |
| Τηλέφωνο κινητό: | | Τηλέφωνο Σταθερό: | |



Γ. ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΩ

| | | |
|----|---|--|
| 1. | Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου. 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. | Ληξιαρχική Πράξη Γέννησης. | |
| 3. | Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης. | |
| 4. | Πρόσφατες Φωτογραφίες (3). | |
| 5. | Ιατρικό ιστορικό (γνωματεύσεις και πιστοποιητικά υγείας) που τεκμηριώνει την αδυναμία αυτόνομης διαβίωσης χωρίς κατάλληλη υποστήριξη. | |
| 6. | Γνωμάτευση Προσδιορισμού Ποσοστού Αναπηρίας από Κ.Ε.Π.Α. ή από άλλη αρμόδια Υγειονομική Επιτροπή, η οποία λειτουργούσε προ της συστάσεως των ΚΕΠΑ (1/9/2011). | |
| 7. | Βεβαίωση Κοινωνικής Έρευνας, η οποία συντάσσεται από Κοινωνικό Λειτουργό δημόσιου νοσοκομείου ή του ευρύτερου δημόσιου τομέα ή μέλους του ΣΚΛΕ με άδεια άσκησης επαγγέλματος. | |

Δ. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Αιτούμαι και υποβάλω συνημμένα δικαιολογητικά για την παροχή υπηρεσιών για τον/την ωφελούμενη/ωφελούμενη....., που εκπροσωπώ, ως Γονέας/Κηδεμόνας/Δικαστικός Συμπαραστάτες, από τη Δομή σας, «ΣΥΔ ΕΓΝΥΑ» στον άξονα προτεραιότητας «Πρωΐθηση της Κοινωνικής Ένταξης και Καταπολέμηση της Φτώχειας και Διακρίσεων-Διασφάλιση της Κοινωνικής Συνοχής» του Ε.Π. «Αττική» με κωδικό ΟΠΣ 5067634.

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.4624/2019 περί προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΑΙΤΟΥΣΑ

Υπογραφή



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΑΤΤΙΚΗΣ

