

Σωματείο Γονέων, Κηδεμόνων & Φίλων Ατόμων με Αναπηρία

«Ο ΕΡΜΗΣ»

Δραγατσανίου 1, Βοσπόρου, Ελληνικό, Τ.Κ. 167 77

Τηλ.: 210 9777999 (εσωτ. 103)

E-mail: ermis.prot@gmail.com

Ιστοσελίδα: <https://somatioermis.gr/>

**Ημερομηνία Υποβολής :** …./ /……

**Αριθ. Πρωτ. :** ……..………

**(συμπληρώνεται από το Φορέα**)

Αίτηση Συμμετοχής ωφελούμενου

|  |
| --- |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΜΕΣΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ** |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ** |  |
| **ΟΝΟΜΑ** |  |
| **ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ** |  |
| **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ****ΓΕΝΝΗΣΗΣ** |  |
| **ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ** |  |
| **ΑΦΜ** |  |
| **ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ** |  |
| **ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗΣ****(εφόσον υπάρχει)** |  |
| **ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ** | **ΝΟΜΟΣ** |  | **ΔΗΜΟΣ** |  | **ΠΟΛΗ** |  |
| **ΟΔΟΣ** |  | **ΑΡΙΘ.** |  | **ΤΚ** |  |

|  |
| --- |
| **ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**  |
| 1. | Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου του ωφελούμενου. |  |
| 2. | Ληξιαρχική Πράξη Γέννησης του ωφελούμενου. |  |
| 3. | Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης. |  |
| 4. | Πρόσφατη Φωτογραφία του ωφελούμενου |  |
| 5. | Ιατρικό ιστορικό (γνωματεύσεις και πιστοποιητικά υγείας) που τεκμηριώνει την αδυναμία αυτόνομης διαβίωσης χωρίς κατάλληλη υποστήριξη του ωφελούμενου. |  |
| 6. | Γνωμάτευση Προσδιορισμού Ποσοστού Αναπηρίας απόΚ.Ε.Π.Α. του ωφελούμενου |  |
| 7. | Βεβαίωση Κοινωνικής Έρευνας, η οποία συντάσσεται από Κοινωνικό Λειτουργό δημόσιου νοσοκομείου ή τουευρύτερου δημόσιου τομέα ή μέλους του ΣΚΛΕ με άδεια άσκησης επαγγέλματος. |  |
| 8. | Βεβαιώσεις εγγραφής σε ασφαλιστικά και φορολογικά Μητρώα (ΑΜΚΑ, ΑΦΜ) |  |
| 9. | Αντίγραφο ή εκτύπωση του ατομικού ή/και οικογενειακού εκκαθαριστικού σημειώματος εφόσον το άτομο υποχρεούται να έχει καταθέσει φορολογική δήλωση, ή σχετική υπεύθυνηδήλωση σε περίπτωση που δεν υποχρεούται |  |
| 10. | Αντίγραφο Δικαστικής Συμπαράστασης  |  |
| 11. | Αντίγραφο Αστυνομικής Ταυτότητας Δικαστικού Συμπαραστάτη – Γονέα (όπου απαιτείται) |  |

 