

ΑΙΤΗΣΗ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

Με την υπογραφή της παρούσας φόρμας, **δηλώνω υπεύθυνα** ότι:

1. εν πλήρη επίγνωση, βασιζόμενος/-νη στην ελεύθερη και ανεμπόδιστη απόφασή μου, συμφωνώ, συναινώ και παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου για την επεξεργασία όλων των προσωπικών μου δεδομένων, όπως αυτά έχουν δηλωθεί στην αίτησή μου και σε πιθανά επισυναπτόμενα δικαιολογητικά, από τον Δήμο Νέας Προποντίδας για τους παρακάτω λόγους και για το χρονικό διάστημα που απαιτείται. Γνωρίζω δε το δικαίωμα πρόσβασής μου στα παρακάτω δεδομένα, το δικαίωμα εναντίωσής μου στην επεξεργασία τους, καθώς και ανάκλησης της συγκατάθεσής μου ανά πάσα στιγμή
2. τα στοιχεία μου είναι αληθή
3. δε λαμβάνω υπηρεσίες από άλλη αντίστοιχη δομή και ότι
4. σε περίπτωση αλλαγής κατοικίας ή οποιουδήποτε άλλου στοιχείου που επηρεάζει τις προϋποθέσεις ένταξης μου στο πρόγραμμα θα ενημερώσω την υπηρεσία

ΘΕΜΑ: «Ένταξη στο Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων»

Επώνυμο:

Προς: το ΔΗΜΟ Ν. ΠΡΟΠΟΝΤΙΔΑΣ

Όνομα:

Παρακαλώ να κάνετε δεκτό το αίτημά μου για την ένταξή μου στο Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων - ΚΗΦΗ Δήμου Ν. Προποντίδας.

Πατρώνυμο:

Μητρώνυμο:

Ονομ.συζύγου:

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

Υπηκοότητα:

Άμεσα Ωφελούμενου/ης:

Έτος γέννησης:

1. Αντίγραφο της αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου (αν οι ωφελούμενοι είναι αλλοδαποί από τρίτες χώρες απαιτείται και άδεια διαμονής σε ισχύ, ένα είναι Έλληνες ομογενείς απαιτείται αντίγραφο ταυτότητας ομογενούς)
2. Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης
3. Αντίγραφο τελευταίου εκκαθαριστικού σημειώματος
4. Βεβαίωση ΑΜΚΑ ή οποιοδήποτε έγγραφο στο οποίο να αναγράφεται το ΑΜΚΑ
5. Γνωμάτευση ποσοστού αναπηρίας Κέντρο Πιστοποίησης Αναπηρίας (Κ.Ε.Π.Α.) εφόσον πρόκειται για άτομο με ειδικές ανάγκες
6. Ιατρική γνωμάτευση εάν ο/η ωφελούμενος/η είναι μερικώς ή μη αυτοεξυπηρετούμενος/η

Τόπος γέννησης:

Δ/ση κατοικίας:

Α.Δ.Τ. :

Οικογενειακή Κατάσταση:

Έγγαμος/η	Χήρος/α	Διαζευγμένος/η	Άγαμος/η

Κατάσταση Υγείας:

Πλήρως αυτοεξυπηρετούμενος/η	
Μερικώς αυτοεξυπηρετούμενος/η	
Μη αυτοεξυπηρετούμενος/η	

Η Υπηρεσία μας επιφυλάσσεται να ζητήσει πρόσθετα δικαιολογητικά εφόσον απαιτηθούν

Κύριος Ασφαλιστικός Φορέας:

N. ΜΟΥΔΑΝΙΑ/...../.....

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ

Τηλέφωνα:(κιν.)

:(σταθ.)

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΓΓΕΝΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ/
ΕΚΠΡΟΣΩΠΟ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ:**

Επώνυμο:

Όνομα:

Πατρώνυμο:

Συγγενική/Σχέση:

Έτος γέννησης:

Τόπος γέννησης:

Δ/ση κατοικίας:

Α.Δ.Τ. :

Οικογενειακή Κατάσταση:

ΑμεΑ ή άτομα που ανήκουν σε οικογένειες με μέλη ΑμεΑ	
Τρίτεκνοι	
Πολύτεκνοι	
Μονογονεϊκή Οικογένεια	

Εργασιακή Κατάσταση:

Ανεργος/η	
Εργαζόμενος/η	
Εργαζόμενος/η με σύμβαση μερικής απασχόλησης	
Εργαζόμενος/η με σύμβαση ορισμένου χρόνου	

Τηλέφωνα:(κιν.)

:(σταθ.)

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

Έμμεσα Ωφελούμενου/ης:

1. Αντίγραφο της αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου (αν οι ωφελούμενοι είναι αλλοδαποί από τρίτες χώρες απαιτείται και άδεια διαμονής σε ισχύ, ένα είναι Έλληνες ομογενείς απαιτείται αντίγραφο ταυτότητας ομογενούς)
2. Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης
3. Αντίγραφο τελευταίου εκκαθαριστικού σημειώματος
4. Γνωμάτευση ποσοστού αναπηρίας Κέντρο Πιστοποίησης Αναπηρίας (Κ.Ε.Π.Α.) εφόσον πρόκειται για ΑμεΑ ή υπάρχουν στην οικογένεια ΑμεΑ
5. Πιστοποιητικό της Ανώτατης Συνομοσπονδίας Πολυτέκνων Ελλάδος εφόσον πρόκειται για πολύτεκνη οικογένεια
6. Κάρτα Ανεργίας ή Βεβαίωση χρόνου ανεργίας (εάν υπάρχει)
7. Σύμβαση Εργασίας (εάν υπάρχει)
8. Βεβαίωση έναρξης επιχειρηματικής δραστηριότητας, εφόσον πρόκειται για ελεύθερο επαγγελματία

Η Υπηρεσία μας επιφυλάσσεται να ζητήσει πρόσθετα δικαιολογητικά εφόσον απαιτηθούν

N. ΜΟΥΔΑΝΙΑ/...../.....

Ο/Η Εκπρόσωπος Αιτούντος

- Η λειτουργία Κέντρου Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.) Δήμου Ν. Προποντίδας έχει ενταχθεί στο Πρόγραμμα «Κεντρική Μακεδονία 2021-2027» (με Κωδικό ΟΠΣ 6011162) και συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο.
- Τα κριτήρια και η μοριοδότηση των ωφελουμένων, έχουν οριστεί από την Ειδική Υπηρεσία Συντονισμού και Παρακολούθησης Δράσεων του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου - ΕΥΣΕΚΤ και είναι κοινά για όλες τις δομές ΚΗΦΗ σε εθνικό επίπεδο.
- Η διαδικασία υποβολής αιτήσεων και επιλογής των ωφελουμένων ορίζονται από τον Κανονισμό Λειτουργίας του ΚΗΦΗ (υπ' αριθμ. 183/2025 απόφαση Δημοτικού Συμβουλίου Ν. Προποντίδας)

Προϋποθέσεις Ένταξης: Οι ωφελούμενοι να είναι Άτομα της Τρίτης ηλικίας (65+) με προτεραιότητα στους δημότες και στους μόνιμους κατοίκους του Δήμου Νέας Προποντίδας. Στο Κέντρο δεν εγγράφονται για όσο διάστημα ασθενούν άτομα τα οποία πάσχουν από μεταδοτικά νοσήματα.

