ΧΑΤΖΗΠΑΤΕΡΕΙΟ
Κέντρο Αποκατάστασης & Στήριξης Παιδιού (Κ.Α.Σ.Π.)
Ηροδότου 1, Μεταμόρφωση Αττικής Τ.Κ. 144 51 Τηλ.: 2102825622 (Διεύθυνση)
Τηλ.: 2102826913 (Γραμματεία Κ.Α.Σ.Π.)E-mail: ike@kasp.gr
Ιστοσελίδα: www.kasp.gr

Το Χατζηπατέρειο ιδρύθηκε από το Ίδρυμα Κοινωνικής Εργασίας το 1973.

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ: «ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΟΛΙΣΤΙΚΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΠΑΡΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΣΥΝΟΔΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ»

Ημερομηνία υποβολής : ____/____/2026
ΑΡΙΘ. ΠΡΩΤ. (συμπληρώνεται από τον φορέα): _____

Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ/ΗΣ						
ΕΠΩΝΥΜΟ						
ΟΝΟΜΑ				**ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ**		
ΦΥΛΟ						
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ						
ΑΡ.ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ			**Α.Φ.Μ. / ΑΛΛΟ**			
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ						
ΤΥΠΟΣ ΠΛΑΙΣΙΟΥ ΔΙΑΜΟΝΗΣ						
ΚΥΡΙΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ						
ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ:	ΝΟΜΟΣ		ΔΗΜΟΣ		ΠΟΛΗ	
	ΟΔΟΣ		ΑΡΙΘΜΟΣ		Τ.Κ.	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ		**FAX**		**e-mail**		
ΠΑΛΙΟΣ Η ΝΕΟΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΣ ΤΗΣ ΔΟΜΗΣ					ΠΑΛΙΟΣ / ΝΕΟΣ	
ΕΙΔΟΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ			**ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ**			

Β. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ / ΚΗΔΕΜΟΝΑ / ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ /ΗΣ	
ΕΠΩΝΥΜΟ	

Περιφερειακό Πρόγραμμα «ΑΤΤΙΚΗ»
Με τη συγχρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης
ΕΣΠΑ 2021-2027

ΟΝΟΜΑ					**ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ**		
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ							
ΑΡ.ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ			**Α.Φ.Μ. / ΑΛΛΟ**				
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ							
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ							
ΚΥΡΙΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ							
ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗΣ (ΕΦΟΣΟΝ ΥΠΑΡΧΕΙ)							
ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ:	ΝΟΜΟΣ		ΔΗΜΟΣ		ΠΟΛΗ		
	ΟΔΟΣ		ΑΡΙΘΜΟΣ		Τ.Κ.		
ΤΗΛΕΦΩΝΟ		**FAX**		**Email**			

Γ. ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΥΠΟΒΑΛΛΩ		Τίθεται Χ σε ό,τι υποβάλλεται συνημμένα
	ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ/ΗΣ	
1	ΑΠΟΦΑΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΤΟΥ ΑΡΜΟΔΙΟΥ ΟΡΓΑΝΟΥ ΤΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ (ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΔΙΑΒΙΟΥΝ ΣΕ ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΚΛΕΙΣΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ)	
2	ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ Ή ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ Ή ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	
3	ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΑΔΕΙΑΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ (ΜΟΝΟ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΩΝ ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ ΑΛΛΟΔΑΠΟΙ ΑΠΟ ΤΡΙΤΕΣ ΧΩΡΕΣ)	
4	ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΟΜΟΓΕΝΟΥΣ (ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΩΝ ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ ΕΛΛΗΝΕΣ ΟΜΟΓΕΝΗΣ)	
5	ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ Ή ΕΚΤΥΠΩΣΗ ΑΤΟΜΙΚΟΥ Ή ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΕΚΚΑΘΑΡΙΣΤΙΚΟΥ ΣΗΜΕΙΩΜΑΤΟΣ ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΟΥ ΕΤΟΥΣ 2025.	
6	ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΠΕΡΙ ΜΗ ΥΠΟΧΡΕΩΣΗΣ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ (ΜΟΝΟ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ ΔΕΝ ΥΠΟΧΡΕΟΥΤΑΙ)	
7	ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΤΗΣ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΤΟΥ / ΤΗΣ	

	ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ / ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΗΣ ΣΕ ΙΣΧΥ. ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΝΗΛΙΚΟΥΣ, ΓΙΝΕΤΑΙ ΔΕΚΤΗ ΚΑΙ Η ΥΠΟΒΟΛΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΥ ΕΙΣΙΓΗΤΙΚΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΦΑΚΕΛΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΔΟΣΗ ΠΙΣΤΟΠΙΗΣΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟ ΚΕ.Π.Α. Η΄ ΜΕ ΤΗΝ ΕΓΚΡΙΤΙΚΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΕΙΔΙΚΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ ΤΟΥ Ε.Ο.Π.Υ.Υ..	
8	ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	
9	ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΤΗΣ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΤΟΥ ΓΟΝΕΑ Ή ΚΗΔΕΜΟΝΑ Ή ΑΛΛΟΥ ΜΕΛΟΥΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ (ΜΟΝΟ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ ΑΝΗΚΟΥΝ ΣΤΗΝ ΟΜΑΔΑ ΤΩΝ Α.ΜΕ.Α)	
10	ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΒΙΒΛΙΑΡΙΟΥ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ	
11	ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΑΜΚΑ ΤΟΥ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΝΟΜΙΜΟΥ ΚΗΔΕΜΟΝΑ / ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ	
12	ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΤΟΥ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ Ή ΤΟΥ ΝΟΜΙΜΟΥ ΚΗΔΕΜΟΝΑ / ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ	
13	ΑΠΟΦΑΣΗ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗΣ (ΕΦΟΣΟΝ ΥΠΑΡΧΕΙ) ΚΑΙ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΔΙΚΕΙΟΥ ΠΕΡΙ ΤΕΛΕΣΙΔΙΚΙΑΣ	

ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΩΝ ΑΠΟ ΙΔΡΥΜΑ / ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ / ΚΚΠΠ		
1	ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ- ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΤΟΥ ΑΡΜΟΔΙΟΥ ΟΡΓΑΝΟΥ ΤΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ / ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟΥ/ ΚΚΠΠ Κ.Α	
2	ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΒΑΘΜΟ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΚΔΗΦ. ΣΤΗΝ ΕΚΘΕΣΗ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΒΕΒΑΙΩΝΕΤΑΙ ΟΤΙ Ο/Η ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΣ /Η ΣΥΝΑΙΝΕΙ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ	
3	ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ ΠΕΡΙ ΑΔΥΝΑΜΙΑΣ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΗΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ (ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΔΥΝΑΜΙΑΣ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΗΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ)	
4	ΑΠΟΦΑΣΗ ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗΣ ΑΡΜΟΔΙΟΥ ΟΡΓΑΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΗ ΥΠΕΥΘΥΝΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΝΟΜΙΜΟ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟ	

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, **πράξης «Συνέχιση λειτουργίας της Δομής ΚΔΗΦ ΑΜΕΑ Πρόγραμμα Ολιστικής Παροχής Υπηρεσιών Αποκατάστασης σε Παιδιά με Εγκεφαλική Παράλυση και συνοδά προβλήματα"» με Κωδικό ΟΠΣ 6003444»** στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Αττική 2021-2027». 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 ΑΙΤΩΝ / Η 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, δυνάμει της υπ' αριθμ. …….. Απόφασης Δικαστικής Συμπαράστασης, από τη δομή σας **πράξης «Συνέχιση λειτουργίας της Δομής ΚΔΗΦ ΑΜΕΑ Πρόγραμμα Ολιστικής Παροχής Υπηρεσιών Αποκατάστασης σε Παιδιά με Εγκεφαλική Παράλυση και συνοδά προβλήματα"» με Κωδικό ΟΠΣ 6003444»** στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Αττική 2021-2027». 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 ΑΙΤΩΝ / Η ΑΙΤΟΥΣΑ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ **ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ**

…… ……