



Ε.Γ.Ν.Υ.Α.

Ε.Γ.Ν.Υ.Α.

ΕΝΩΣΙΣ ΓΟΝΕΩΝ ΝΟΗΤΙΚΩΣ ΥΣΤΕΡΟΥΝΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ  
ΣΩΜΑΤΕΙΟΝ ΑΝΕΓΝΩΡΙΣΜΕΝΟΝ ΩΣ ΕΙΔΙΚΩΣ ΦΙΛΑΝΘΡΩΠΙΚΟΝ (ΑΡ.ΑΠΟΦ.1112/77)  
ΤΕΡΜΑ ΘΕΜ. ΣΟΦΟΥΛΗ - ΛΑΓΟΝΗΣΙ Τ.Κ: 190 10 – Τ.Θ: 143 - Τηλ.: 22910 72160  
[egnva@otenet.gr](mailto:egnva@otenet.gr) <http://egnva.gr/>

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 Τηλεφωνο: 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:	



Ευρωπαϊκή Ένωση  
Ευρωπαϊκό Ταμείο Ανάπτυξης



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ  
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ  
ΑΤΤΙΚΗΣ

Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης



ανάπτυξη - εργασία - αλληλεγγύη



Ε.Γ.Ν.Υ.Α.

Ε.Γ.Ν.Υ.Α.

ΕΝΩΣΙΣ ΓΟΝΕΩΝ ΝΟΗΤΙΚΩΣ ΥΣΤΕΡΟΥΝΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ  
ΣΩΜΑΤΕΙΟΝ ΑΝΕΓΝΩΡΙΣΜΕΝΟΝ ΩΣ ΕΙΔΙΚΩΣ ΦΙΛΑΝΘΡΩΠΙΚΟΝ (ΑΡ.ΑΠΟΦ.1112/77)  
ΤΕΡΜΑ ΘΕΜ. ΣΟΦΟΥΛΗ - ΛΑΓΟΝΗΣΙ Τ.Κ: 190 10 – Τ.Θ: 143 - Τηλ.: 22910 72160  
[egnva@otenet.gr](mailto:egnva@otenet.gr) <http://egnva.gr/>

### 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.	
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.	

### ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Αιτούμαι και υποβάλω συνημμένα δικαιολογητικά για την παροχή υπηρεσιών για τον/την ωφελούμενη/ωφελούμενη....., που εκπροσωπώ, ως Γονέας/Κηδεμόνας/Δικαστικός Συμπαραστάτης, από τη Δομή σας, Ένωση Γονέων Νοητικώς Υστερούντων Ατόμων στον άξονα προτεραιότητας «Πρώθηση 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



Ευρωπαϊκή Ένωση  
Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ  
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ  
ΑΤΤΙΚΗΣ

Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης



ανάπτυξη - εργασία - αλληλεγγύη