



Αριθ. Πρωτ.:

**ΑΙΤΗΣΗ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗ ΣΤΕΓΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΖΟΜΕΝΗΣ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ ΑΜΕΑ (ΣΥΔ) ΦΙΛΟΞΕΝΙΑ
ατόμων άνω των 18 ετών**

Αίτηση	Παρακαλώ όπως κάνετε αποδεκτά τα κάτωθι δικαιολογητικά που σας υποβάλλω για την εισαγωγή του/της.....στη Στέγη Υποστηριζόμενης Διαβίωσης (ΣΥΔ) Φιλοξενία:
<p>Στοιχεία ωφελούμενου</p> <p>Επώνυμο:..... Όνομα:..... Όνομα Πατρός:..... Κατοίκου:..... Οδός..... Αριθμός:..... Τ.Κ..... Έτος γεννήσεως..... Αρ.Αστ.Ταυ..... Τηλέφωνο.....</p> <p>Οι ενδεχόμενες δευτερογενείς παθήσεις και διαταραχές να μην εμποδίζουν την επαρκή αυτοεξυπηρέτησή τους, λειτουργικότητά τους και δυνατότητα συνεργασίας τους. Σε περίπτωση ύπαρξης παθολογικών –οργανικών θεμάτων υγείας απαιτείται να είναι πλήρως ελεγχόμενα Η ΣΥΔ δεν μπορεί να δεχτεί άτομα με ενεργά ψυχιατρικά προβλήματα όπως και άτομα με επιληπτικές κρίσεις που δεν υποστηρίζονται με φαρμακευτική αγωγή. Η ΣΥΔ θα λειτουργεί σε 12μηνη και 24ωρη βάση, δηλαδή όλο το χρόνο.</p>	<p>1.Φωτοτυπία Αστυνομικής Ταυτότητας/διαβατηρίου του υποψηφίου. 2.Φωτοτυπία Αστυνομικής Ταυτότητας του γονέα ή του δικαστικού συμπαραστάτη. 3.Ληξιαρχική Πράξη γέννησης. 4.Πιστοποιητικό Οικογενειακής κατάστασης. 5.Πρόσφατη φωτογραφία. 6.Γνωμάτευση ΚΕΠΑ. 7.Ιατρικό Ιστορικό (γνωματεύσεις) που τεκμηριώνουν την αδυναμία αυτόνομης διαβίωσης χωρίς κατάλληλη υποστήριξη. 8.Βεβαίωση Κοινωνικής Έρευνας από κοινωνικό λειτουργό.</p> <p>Μετά την έγκριση της αίτησης απαιτείται να κατατεθούν α)ακτινογραφία θώρακος β)αιματολογικές εξετάσεις γ)Δερματολογικές εξετάσεις δ)καρδιολογικός έλεγχος ε)Ιατρική Γνωμάτευση για την κατάσταση της κλινικής υγείας του ατόμου και φαρμακευτική αγωγή (αν υπάρχει)</p>

Στοιχεία γονέα ή δικαστικού συμπαραστάτη:

Επώνυμο:.....
Όνομα:.....
Όνομα Πατρός:.....
Όνομα Μητρός:.....
Σχέση με ωφελούμενο
Κάτοικος:.....
Οδός – Αριθμός:.....
Ταχ. Κώδικας:.....
Αρ. Αστ. Ταυ/τας.....
Τηλέφωνο:.....

/ / 2024

Ο / Η Αιτών/ούσα
