

## ΑΙΤΗΣΗ

## ΠΡΟΣ



### ΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

υπ' όψιν Τμήματος Εποπτείας & Συντονισμού  
Παραρτήματος ΑΜΕΑ Φθιώτιδος/Ευβοίας

Στοιχεία αιτούντος την υπαγωγή στα παρεχόμενα προγράμματα και υπηρεσίες του Παραρτήματος ΑΜΕΑ Φθιώτιδος/Ευβοίας του Κ.Κ.Π. Περιφέρειας Στερεάς Ελλάδος

Παρακαλώ όπως εγκρίνετε το αίτημα για εισαγωγή στο Παράρτημα ΑΜΕΑ Φθιώτιδος/Ευβοίας, (υπογραμμίζετε το Παράρτημα στο οποίο απευθύνεται η αίτηση) του Κ.Κ.Π. Περιφέρειας Στερεάς Ελλάδος, της/του:

Όνομα: .....  
Επώνυμο: .....  
Όνομα Πατρός: .....  
Όνομα Μητρός: .....  
Τόπος Γέννησης: .....  
Ημερ. Γέννησης: .....  
Τόπος Κατοικίας: .....  
Δ/νση & Αριθμός: .....  
Α.Δ.Τ.: .....  
Α.Φ.Μ.: .....  
ΑΜΚΑ: .....  
Ασφ. Φορέας: .....

#### Συνημμένως υποβάλλονται:

1. Τα Ιατρικά Πιστοποιητικά (1), (2), συνοδεία του εγ. 3
2. Πιστ. Γεν. ή αποδεικτικό στοιχείο ταυτότητας
3. Βιβλιάριο Υγείας ή Πιστοποιητικό εμβολιασμού
4. Αντ. Τελευταίου Εκ. Σημειώμ. Φόρου Εισοδ.
5. Αντίγραφο Ε9

#### Στοιχεία Συγγενή - Εκπροσώπου

Όνομα: .....  
Επώνυμο: .....  
Α.Δ.Τ.: .....  
Συγγενική σχέση: .....  
Τόπος Κατοικίας: .....  
Δ/νση & Αριθμός: .....  
Τηλέφωνο: .....  
Κινητό Τηλέφωνο: .....  
E-mail: .....

#### Δευτερευόντως υποβάλλονται:

1. Απόφαση Δικαστικής Συμπαράστασης
2. Απόφαση Υγειονομικής Επιτροπής ή ΚΕΠΑ

Ημερομηνία: ...../...../.....

**Ο/Η ΥΠΕΥΘΥΝΩΣ ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ**

(Ολογράφως) .....

Η αίτηση θα συμπληρώνεται και θα υπογράφεται από τον/την ίδιο/α, τον/την ενδιαφερόμενο/η ή/και άλλον/ην εκπρόσωπο, σε περίπτωση που ο/η ανωτέρω δεν δύναται να το πράξει. Επιπροσθέτως, σύμφωνα με τις υπό εδάφιο γ, της παρ. 1, του άρθρου 4 του 154/2009 Π.Δ. (ΦΕΚ 196/Α'/01-10-2009), διατάξεις, απαιτείται Έκθεση Κοινωνικής Έρευνας. Επιπροσθέτως, σύμφωνα με τις υπό εδάφιο γ, της παρ. 1, του άρθρου 2 του 371/1984 Π.Δ. (ΦΕΚ 129/Α'/07-09-1984), διατάξεις, απαιτείται Έκθεση Κοινωνικής Έρευνας με πρόταση εισαγωγής

# ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ

(Υπογεγραμμένο από Γενικό Ιατρό ή Παθολόγο Υγειονομικού Ιδρύματος)

## ΒΕΒΑΙΩΝΩ

Ότι εξέτασα την/τον ..... και (κατά ICD10) διέγνωσα ότι:

Ακολουθώς και σύμφωνα με συνημμένα

αποτελέσματα εξετάσεων εμφανίζει:

1. Φυματίωση
2. Ηπατίτιδα (A - B - C)
3. Άλλη μολυσματική νόσο


Επίσης διαπιστώθηκε ότι:

1. Έχει κατακλίσεις
2. Φέρει ουροσυλλέκτη
3. Αυτοεξυπηρετείται


(Προσδιορίστε) .....

4. Νόσημα για εξειδικευμένη υγειον. μονάδα

--

(Προσδιορίστε) .....

**ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ** (υπάρχουσα ή συνιστώμενη)

**ΟΔΗΓΙΕΣ - ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ**

.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

ΝΑΙ      ΟΧΙ

--	--

**ΠΡΟΤΑΣΗ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΣΕ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΑΜΕΑ ΤΟΥ Κ.Κ.Π. ΠΕΡ. ΣΤ. ΕΛΛΑΔΑΣ**

Αιτιολόγηση: .....

.....

.....

**Η/Ο ΥΠΟΓΡΑΦΟΥΣΑ/ΩΝ ΙΑΤΡΟΣ**

Ημερομηνία: ...../...../.....

.....

Το Πιστοποιητικό εκδίδεται αποκλειστικά για εισαγωγή στα Παραρτήματα ΑΜΕΑ του Κέντρου Κοινωνικής Πρόνοιας Περιφέρειας Στερεάς Ελλάδος και εσωκλείεται από την/τον υπογράφουσα/ντα υποχρεωτικώς σε σφραγισμένο φάκελο

Τα ανωτέρω υπαγορεύονται από το με αριθ. πρωτ. ΔΑ3Β/15/ΟΙΚ.Β243/2018/01-03-2018 έγγραφο του Τμήματος Ελέγχου & Εκκαθάρισης της Δ/νσης Ελέγχου & Εκκαθάρισης, Γεν. Δ/ση Οικονομικών Υποθέσεων του ΕΟΠΥΥ

# ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ

(Υπογεγραμμένο από Ψυχίατρο Υγειονομικού Ιδρύματος)

## ΒΕΒΑΙΩΝΩ

Ότι εξέτασα την/τον ..... και (κατά ICD10) διέγνωσα ότι:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

\*(αναφερθείτε στη δυνατότητα επικοινωνίας και αυτοεξυπηρέτησης)

**ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ** (υπάρχουσα ή συνιστώμενη)

**ΟΔΗΓΙΕΣ - ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ**

.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

ΝΑΙ    ΟΧΙ

**ΠΡΟΤΑΣΗ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΣΕ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΑΜΕΑ ΤΟΥ Κ.Κ.Π. ΠΕΡ. ΣΤ. ΕΛΛΑΔΑΣ**

--	--

Αιτιολόγηση: .....

.....  
.....

**Η/Ο ΥΠΟΓΡΑΦΟΥΣΑ/ΩΝ ΙΑΤΡΟΣ**

Ημερομηνία: ...../...../.....

.....

## ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

### 1. ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΑΙΜΑΤΟΣ

 Γενική Αίματος	 Σίδηρος
 Τ.Κ.Ε	 Ουρικό Οξύ
 Σάκχαρο	 S.G.O.T.
 Χοληστερίνη	 S.G.P.T
 Τριγλυκερίδια	 Ολικά Λευκώματα
 Κρεατινίνη	 Λευκωματίνη

### 2. RPR-VDRL (ΓΙΑ ΣΥΦΙΛΗ)

### 3. ΕΞΕΤΑΣΗ ΜΑΝΤΟΥΧ

### 4. ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Α

 Anti HAV-1gM	 Anti HAV-1Gg
--	--

### 5. ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β

 HBs Ag	 Anti HBC	 Anti HBS
--	--	--

### 6. Εξετάσεις για Ηπατίτιδα C

### 7. Anti HCV

### 8. Εξέταση για Η.Ι.Υ.

### 9. Ακτινογραφία Θώρακος συνοδευόμενη από ιατρική γνωμάτευση

### 10. Δερματολογική Εξέταση η οποία θα συνοδεύεται από Ιατρική Γνωμάτευση & θεραπευτική αγωγή εφόσον χρειάζεται

## Άτομα που εισάγονται



Άτομα από δεκαοκτώ (18) ετών και άνω και των δύο φύλων, με πιστοποιημένη αναπηρία



Άτομα από δεκαοκτώ (18) ετών και άνω και των δύο φύλων, με νοητική υστέρηση ή/και αυτισμό



Άτομα από δεκαοκτώ (18) ετών και άνω και των δύο φύλων με χρόνιες παθήσεις του μυϊκού, νευρικού, κυκλοφορικού, ερειστικού, αναπνευστικού συστήματος



Άτομα από δεκαοκτώ (18) ετών και άνω και των δύο φύλων με άνοια ή/και Alzheimer



Άτομα από δεκαοκτώ (18) ετών και άνω και των δύο φύλων με καρκίνο τελικού σταδίου

## Χρήσιμες πληροφορίες

Κατόπιν της υποβολής αιτήσεως θα διενεργηθεί Κοινωνική Έρευνα από Κοινωνικό Λειτουργό της δομής του Παραρτήματος ΑΜΕΑ Φθιώτιδος (εφόσον η αίτηση απευθύνεται σε αυτό) ή άλλης Κοινωνικής Υπηρεσίας. Τα δικαιολογητικά θα συγκεντρωθούν και θα εξεταστούν από τις επιμέρους Επιστημονικές Επιτροπές.

Οι αιτήσεις που προέρχονται από άλλα Ν.Π.Δ.Δ. υποχρεούνται να συνοδεύονται από έκθεση Κοινωνικής Έρευνας με πρόταση εισαγωγής στο Παράρτημα ΑΜΕΑ Φθιώτιδος, του Κ.Κ.Π. Περιφέρειας Στερεάς Ελλάδος. Για το δε Παράρτημα ΑΜΕΑ Ευβοίας οι αιτήσεις συνοδεύονται από έκθεση Κοινωνικής Έρευνας με πρόταση εισαγωγής στο Παράρτημα ΑΜΕΑ Ευβοίας, του Κ.Κ.Π. Περιφέρειας Στερεάς Ελλάδος.

Οι ιατρικές εξετάσεις και αντιστοίχως τα πιστοποιητικά πρέπει να έχουν πραγματοποιηθεί και να προέρχονται από Δημόσιο Πρωτοβάθμιο, Δευτεροβάθμιο ή Τριτοβάθμιο Υγειονομικό Ίδρυμα ή/και από ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, αφού προηγουμένως να βεβαιώνεται η μη δυνατότητα διενέργειας αυτών στις παραπάνω δομές.

Δεκτά γίνονται μόνον υπογεγραμμένα και θεωρημένα ιατρικά πιστοποιητικά μέσα σε **ΚΛΕΙΣΤΟ ΦΑΚΕΛΟ**

**Πληροφορίες: Δ/νη Εποπτείας Λειτουργίας Προγραμμάτων & Υπηρεσιών του Κ.Κ.Π. Περιφέρειας Στερεάς Ελλάδος (Αννούλα Τουκλητάρα), τηλ. 22313 51116, email: epopteias@1035.syzefxis.gov.gr**

Για την εισαγωγή, ένταξη και υπαγωγή ατόμων, στα προγράμματα και υπηρεσίες του Παραρτήματος ΑΜΕΑ Φθιώτιδος του Κ.Κ.Π. Περιφέρειας Στερεάς Ελλάδος, ισχύουν τα όσα αναφέρουν οι διατάξεις του υπ' αριθ. 154/2009 Προεδρικού Διατάγματος (ΦΕΚ 196/Α'/01-10-2009), οι διατάξεις του άρθρου 34, του Ν.4368/2016 καθώς και κάθε άλλη σχετική διάταξη ή σχετικές Αποφάσεις του Προέδρου ή/και του Δ.Σ. του Κ.Κ.Π. Περιφέρειας Στερεάς Ελλάδος.

Για την εισαγωγή, ένταξη και υπαγωγή ατόμων, στα προγράμματα και υπηρεσίες του Παραρτήματος ΑΜΕΑ Ευβοίας του Κ.Κ.Π. Περιφέρειας Στερεάς Ελλάδος, ισχύουν τα όσα αναφέρουν οι διατάξεις του υπ' αριθ. 371/1984 Προεδρικού Διατάγματος (ΦΕΚ 129/Α'/07-09-1984), σε συνέχεια αυτής οι διατάξεις της υπ' αριθ. Φ50/Γ3/Οικ.2378 Υπουργικής Αποφάσεως, οι διατάξεις του άρθρου 34, του Ν.4368/2016, οι διατάξεις του Ν.3329/2005 (ΦΕΚ 81/Α'/04-04-2005), καθώς και κάθε άλλη σχετική διάταξη ή/και σχετικές Αποφάσεις του Προέδρου ή/και του Δ.Σ. του Κ.Κ.Π. Περιφέρειας Στερεάς Ελλάδος.



Αγαπητέ/ή Κύριε / Κυρία,

Για την εισαγωγή της/του ωφελούμενης/ου σε κάποιο από τα Παραρτήματα Ατόμων με Αναπηρία του Κέντρου Κοινωνικής Πρόνοιας Περιφέρειας Στερεάς Ελλάδας, ζητείται η ενυπόγραφη συγκατάθεση σας για την εκ μέρους μας ελάχιστη δυνατή διατήρηση προσωπικών στοιχείων της/του ανωτέρω στη βάση δεδομένων/αρχεία των υπηρεσιών και επεξεργασία αυτών με σκοπό εκπλήρωσης συμβατικών με τη φύση των υπηρεσιών υποχρεώσεων, νομικών υποχρεώσεων, καθήκοντος που εκτελείται προς το δημόσιο συμφέρον, προστασίας ζωτικών συμφερόντων του προς εισαγωγή ατόμου και προς χάριν εννόμων συμφερόντων της υπηρεσίας, σύμφωνα με το νέο Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων. Σας ενημερώνουμε ότι, σε περίπτωση μη παροχής της σχετικής συγκατάθεσης η εισαγωγή δεν δύναται να ολοκληρωθεί, ενώ με την παροχή αυτής συμφωνείτε ότι έχετε διαβάσει και αποδεχθεί τους ανωτέρω όρους και προϋποθέσεις.

**Ημερομηνία:** ...../...../.....

**Η/Ο ΥΠΕΥΘΥΝΩΣ ΥΠΟΓΡΑΦΟΥΣΑ/ΩΝ**

**(Ολογράφως)** .....