

ΑΙΤΗΣΗ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Υπουργείο Καταναλωτή Συνάχτη
και Οικονομίας



ΠΡΟΣ

ΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

Στοιχεία αιτούντος την υπαγωγή στα
παρεχόμενα προγράμματα και
υπηρεσίες των Παραρτημάτων ΑΜΕΑ
Εύβοιας/Φθιώτιδος του Κ.Κ.Π.
Περιφέρειας Στερεάς Ελλάδος.

υπ' όψιν Διεύθυνσης Συντονισμού Υπηρεσιών Υγείας &
Κοινωνικής Φροντίδας.

Παρακαλώ όπως εγκρίνετε το αίτημα για εισαγωγή στο
Παράρτημα ΑΜΕΑ Εύβοιας/Φθιώτιδος, του Κ.Κ.Π.
Περιφέρειας Στερεάς Ελλάδος, της/του:

Όνομα:.....

Επώνυμο:.....

Όνομα Πατρός:

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 εγρ. (3).
2. Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης.
3. Αντίγραφο Αστυνομικής Ταυτότητας.
4. Βεβαίωση ασφαλιστικής Ικανότητας για ασφαλισμένους ΕΦΚΑ.
5. Αντίγραφο τελευταίου Εκκαθαριστικού Σημειώματος Φόρου Εισοδήματος του ιδίου Ε1,Ε2,Ε9.
6. Αντίγραφο τελευταίας απόδειξης εισπραχθείσας σύνταξης ή προνοιακού επιδόματος (εφόσον λαμβάνει).
7. Έκθεση Κοινωνικής Έρευνας - Ιστορικού
8. Ιατρική Γνωμάτευση Εισαγωγής σε Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων (χειρόγραφη) από Ιατρό της κύριας πάθησης (Κρατικού Νοσοκομείου, / Κέντρου Υγείας / Πολυιατρείου / Αγροτικού Ιατρείου / συμβεβλημένου πιστοποιημένου Ιατρού από τον ΕΚΠΥ).
9. Απόφαση Υγειονομικής Επιτροπής (ΚΕΠΑ) (ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΟ ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΟ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟ).
10. Απόφαση Δικαστικής Συμπαράστασης ή πληρεξούσιου (εφόσον υπάρχει).
11. Υπεύθυνη Δήλωση του Ν. 1599/1966 συγγενούς εκπ/που.

Στοιχεία Συγγενή - Εκπροσώπου:

Όνομα:

Επώνυμο:

Α.Δ.Τ.:

Συγγενική σχέση:

Τόπος Κατοικίας:

Δ/νση & Αριθμός:

Τηλέφωνο:

Κινητό Τηλέφωνο:

E-mail:

Ημερομηνία:/...../.....

Ο/Η ΥΠΕΥΘΥΝΩΣ ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ

(Ολογράφως)

ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ

(Υπογεγραμμένο από Γενικό Ιατρό ή Παθολόγο Υγειονομικού Ιδρύματος)

ΒΕΒΑΙΩΝΩ

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

..... Ακολούθως και σύμφωνα με συνημμένα
..... αποτελέσματα εξετάσεων εμφανίζει:

- 1. Φυματίωση
..... 2. Ηπατίτιδα (Α - Β - 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 αυτοεξιπρήτησης)

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 Ελλάδας και εσσωκλείεται 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/νση Οικονομικών Υποθέσεων του ΕΟΠΥΥ

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

1. ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΑΙΜΑΤΟΣ

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

Λοιπές Εξετάσεις

2. RPR-VDRL (ΓΙΑ ΣΥΦΙΛΗ)

3. ΕΞΕΤΑΣΗ MANTOUX

4. ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Α

Anti HAV-1gM

Anti HAV-1Gg

5. ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β

HBs Ag

AntiHBC

AntiHBS

6. Εξετάσεις για Ηπατίτιδα C

7. AntiHCV

8. Εξέταση για H.I.V.

9. Ακτινογραφία Θώρακος συνοδευόμενη από ιατρική γνωμάτευση.

10. Καρδιολογικός έλεγχος – εκτίμηση.

11. 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

Οι αιτήσεις θα πρέπει να συνοδεύονται από τα όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά, προκειμένου να είναι πλήρεις.

Οι αιτήσεις που προέρχονται από άλλα Ν.Π.Δ.Δ. υποχρεούνται να συνοδεύονται από έκθεση Κοινωνικής Έρευνας με πρόταση εισαγωγής στο Παράρτημα ΑΜΕΑ Εύβοιας / Φθιώτιδος, του Κ.Κ.Π.Π.Σ.Ε.

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

Δεκτά γίνονται μόνον υπογεγραμμένα και θεωρημένα ιατρικά

Πληροφορίες: Δ/νη Συντονισμού Υπηρεσιών Υγείας & Κοινωνικής Φροντίδας του Κ.Κ.Π. Περιφέρειας Στερεάς Ελλάδος (Αννούλα Τσικλητάρα), τηλ. 22313 51116, email: epopteias@1035.syzefxis.gov.gr

Για την εισαγωγή, ένταξη και υπαγωγή ατόμων, στα προγράμματα και υπηρεσίες του Παραρτημάτων ΑΜΕΑ Εύβοιας / Φθιώτιδος του Κ.Κ.Π. Περιφέρειας Στερεάς Ελλάδος, ισχύουν τα όσα αναφέρονται στις διατάξεις του υπ' αριθ. 26/2023 Προεδρικού Διατάγματος (ΦΕΚ 57/Α/13-03-2024), καθώς και κάθε άλλη σχετική διάταξη ή σχετικές Αποφάσεις του Προέδρου και του Δ.Σ. του Κ.Κ.Π. Περιφέρειας Στερεάς Ελλάδος



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Υπουργείο Κοινωνικής Συνοχής
και Οικογένειας



Αγαπητέ/ή Κύριε/Κυρία,

Για την εισαγωγή της/του ωφελούμενης/ου σε κάποιο από τα Παραρτήματα Ατόμων με Αναπηρία του Κέντρο 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).....

Η παρούσα επέχει θέση Υπεύθυνης Δηλώσεως



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986).

ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :	ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ - ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΑΜΕΑ.....						
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:	ΤΚ:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):			

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις ⁽³⁾, που προβλέπονται από της διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

Δηλώνω ότι, για την εύρυθμη λειτουργία του, θα ανταποκριθώ άμεσα σε κάθε πρόσκληση, για θέματα που αφορούν την περίθαλψη του/της συγγενή / κηδεμονευομένου/ης μου και συγκεκριμένα για:

Θέματα υγείας, δημιουργία τυχών προβλημάτων συμβίωσης από μέρους του ή ότι άλλο προκύψει.

Επίσης δηλώνω ότι:

1. Θα τηρώ το ωράριο επισκεπτηρίου.
2. Θα παρέχω όλες τις απαραίτητες πληροφορίες που μου ζητηθούν από την υπηρεσία.
3. Θα ενημερώνω την Υπεύθυνη Τμήματος / Υπεύθυνη βάρδιας της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, για ότι θελήσω να προσφέρω στον συγγενή/ κηδεμονευόμενο μου ή τους υπόλοιπους περιθαλπόμενους.
4. Θα αναλάβω εξολοκλήρου την ευθύνη για την φροντίδα του, σε περίπτωση που χρειαστεί να μεταφερθεί σε άλλο Νοσηλευτικό ίδρυμα.
5. Θα διατηρώ συχνή επαφή και θα συνεργάζομαι με την υπηρεσία σε ότι άλλο προκύψει και θα είναι προς όφελος του συγγενή/ κηδεμονευόμενου μου.

Ημερομηνία

Ο/ Η Δηλών-ούσα

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.