**ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ**

|  |  |
| --- | --- |
| ***ΑΡ. ΠΡΩΤ. (συμπληρώνεται από την E.A.T.A. Α.Ε.):*** |  |

|  |
| --- |
| **Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΑ** |
| ***ΕΠΩΝΥΜΟ:*** |  |
| ***ΌΝΟΜΑ:*** |  |
| ***ΑΦΜ:*** |  |
| ***ΑΜΚΑ / ΠΑΑΥΠΑ:*** |  |
| **Διεύθυνση κατοικίας***(οδός, αριθμός, περιοχή,* ***ΤΚ****)* |  |
| **Τηλέφωνο επικοινωνίας:** |  |
| **Ηλεκτρονική Δ/νση επικοινωνίας (mail):** |  |
| **Συνολικό Δηλωθέν οικογενειακό Εισόδημα** (*βάσει εκκαθαριστικού σημειώματος*) |  |
| **Αριθμός μελών οικογένειας** *(βάσει πιστοποιητικού οικογενειακής κατάστασης)* |  |
| **ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ (ΤΟΥΣ) ΔΥΝΗΤΙΚΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟ (-ΟΥΣ):** | *(πχ. ο ίδιος/η ίδια, πατέρας, μητέρα, κηδεμόνας)* |
| ***Β. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΥΝΗΤΙΚΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ (-ΩΝ) ΠΟΥ ΑΦΟΡΑ Η ΑΙΤΗΣΗ* (2)** |
| ***ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΣ 1*** |
| ***ΕΠΩΝΥΜΟ:*** |  |
| ***ΌΝΟΜΑ:*** |  |
| ***ΑΦΜ:*** |  |
| ***ΑΜΚΑ / ΠΑΑΥΠΑ:*** |  |
| ***ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ:*** |  |
| ***ΦΥΛΟ:*** |  |
| ***ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:*** |  |
| ***Διεύθυνση κατοικίας (οδός, αριθμός, περιοχή, TK)*** |  |
| ***ΕΙΔΟΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ:*** |  |
| ***ΚΩΔΙΚΟΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ (ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟΝ ΠΙΝΑΚΑ 1 ΤΗΣ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗΣ)*** | ***[πρέπει να ταυτίζεται με αυτόν της ιατρικής γνωμάτευσης]*** |
| ***ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΙΔΟΥΣ (ΑΝΑΠΗΡΙΚΟΥ ΑΜΑΞΙΔΙΟΥ) ΠΟΥ ΖΗΤΕΙΤΑΙ (ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟΝ ΠΙΝΑΚΑ 1 ΤΗΣ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗΣ)*** | ***[πρέπει να ταυτίζεται με αυτόν της ιατρικής γνωμάτευσης]*** |
| ***ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΣ 2*** |
| ***ΕΠΩΝΥΜΟ:*** |  |
| ***ΌΝΟΜΑ:*** |  |
| ***ΑΦΜ:*** |  |
| ***ΑΜΚΑ / ΠΑΑΥΠΑ:*** |  |
| ***ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ:*** |  |
| ***ΦΥΛΟ:*** |  |
| ***ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:*** |  |
| ***ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ (οδός, αριθμός, περιοχή, TK)*** |  |
| ***ΕΙΔΟΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ:*** |  |
| ***ΚΩΔΙΚΟΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ (ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟΝ ΠΙΝΑΚΑ 1 Της ΠΡΟΣΚΛΗΣΗΣ)*** | ***[πρέπει να ταυτίζεται με αυτόν της ιατρικής γνωμάτευσης]*** |
| ***ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΙΔΟΥΣ (ΑΝΑΠΗΡΙΚΟΥ ΑΜΑΞΙΔΙΟΥ) ΠΟΥ ΖΗΤΕΙΤΑΙ (ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟΝ ΠΙΝΑΚΑ 1 Της ΠΡΟΣΚΛΗΣΗΣ)*** | ***[πρέπει να ταυτίζεται με αυτόν της ιατρικής γνωμάτευσης]*** |

***[προσθέστε νέο ωφελούμενο αν χρειάζεται]***

Αιτούμαι και υποβάλω συνημμένα δικαιολογητικά για τη συμμετοχή στη δράση «*Χορήγηση ηλεκτροκίνητων και παιδικών αναπηρικών αμαξιδίων σε ανασφάλιστα Άτομα με Αναπηρία με ποσοστό αναπηρίας άνω του 67%, κατοίκους Δήμου Αθηναίων*» η οποία αφορά στην Πράξη «Δίκτυο Κοινωνικής Προστασίας της Αθήνας - Open Social Net» με δικαιούχο την Ε.Α.Τ.Α. Α.Ε. και συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο στο πλαίσιο του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Αττική 2021-2020».

Με την παρούσα αίτηση, δηλώνω ότι (α) τα στοιχεία της παρούσης Αίτησης είναι αληθή και πλήρη, (β) είμαι επαρκώς ενήμερος /ενήμερη για τους όρους και προϋποθέσεις συμμετοχής στην παραπάνω δράση και (γ) αποδέχομαι να χρησιμοποιούνται τα στοιχεία τα οποία υποβάλλονται μόνο για το σκοπό για τον οποίο ζητήθηκαν, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 4624/19 περί προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [Ημερομηνία] | [Ονοματεπώνυμο αιτούντα] | [Υπογραφή] |

Επισυνάπτονται τα αντίστοιχα δικαιολογητικά που απαιτούνται βάσει του Πίνακα Ι της Πρόσκλησης

1……

2……

3…..

1. *Σε περίπτωση υποβολής μέσω του ιστότοπου athens.opensocialnet.gr., να υποβληθεί σκαναρισμένη με ημερομηνία, ονοματεπώνυμο και υπογραφή αιτούντα)*
2. *Στην περίπτωση που ο Αιτών ταυτίζεται με τον δυνητικά ωφελούμενο επαναλαμβάνονται τα στοιχεία ταυτότητας του Αιτούντα (πίνακα Α)*. Σε *περίπτωση φυσικής αδυναμίας ή ανήλικου δυνητικά ωφελούμενου, Αιτών είναι ο γονέας/ κηδεμόνας ή ο νόμιμος εκπρόσωπός του (δικαστικός συμπαραστάτης, επίτροπος ασκών την επιμέλειά του)*

**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: | **Εταιρεία Ανάπτυξης και Τουριστικής Προβολής Αθηνών (E.A.T.A. Α.Ε.)** |  |
| Ο – Η Όνομα: |  | Επώνυμο: |  |  |
| Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:  |  |  |
| Όνομα και Επώνυμο Μητέρας: |  |  |
| Ημερομηνία γέννησης:  |  |  |
| Τόπος Γέννησης: |  |  |
| Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας: |  | Τηλ: |  |  |
| Τόπος Κατοικίας: |  | Οδός: |  | Αριθ: |  | ΤΚ: |  |  |
| Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax): |  | Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου(Ε-mail): |  |

|  |
| --- |
| Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από της διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:Στο πλαίσιο της δράσης «Χορήγηση ηλεκτροκίνητων και παιδικών αναπηρικών αμαξιδίων σε ανασφάλιστα Άτομα με Αναπηρία με ποσοστό αναπηρίας άνω του 67%, κατοίκους Δήμου Αθηναίων» που υλοποιείται από την Εταιρεία Ανάπτυξης και Τουριστικής Προβολής του Δήμου Αθηναίων (E.A.T.A. Α.Ε.) η οποία αφορά στην Πράξη «Δίκτυο Κοινωνικής Προστασίας της Αθήνας - Open Social Net», με κωδικό ΟΠΣ 5074888, του ΕΠ «ΑΤΤΙΚΗ 2014-2020» με τη συγχρηματοδότηση του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου (ΕΚΤ).1. Δεν είμαι ασφαλισμένος/η στον ΕΦΚΑ (Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης) και δεν δικαιούμαι από τον ΕΟΠΥΥ αποζημίωση για την αγορά ηλεκτροκίνητου αναπηρικού αμαξιδίου.
2. Δεν έχω ήδη ή πρόκειται να αποκτήσω στο άμεσο μέλλον ηλεκτροκίνητο αναπηρικό αμαξίδιο με απόφαση άλλης πηγής χρηματοδότησης, φορέα του δημοσίου ή ιδιωτικού τομέα.
3. Δεν έχω λάβει από τον ΕΟΠΥΥ κατά την τελευταία τριετία αποζημίωση για την αγορά ηλεκτροκίνητου αναπηρικού αμαξιδίου.
4. Πληρώ τις προϋποθέσεις φυσικής και διανοητικής ικανότητας χειρισμού του αμαξιδίου που θα μου χορηγηθεί στην περίπτωση επιλογής μου ως ωφελούμενου/νης της δράσης και η ΕΑΤΑ Α.Ε. δεν φέρει καμία ευθύνη σε περίπτωση ψευδούς δήλωσης ή απώλειας αυτής της ικανότητας.
 |

Ημερομηνία: **.../.../20...**

Ο – Η Δηλών/ούσα

(Υπογραφή)

(\*) Υπογράφεται κατά κανόνα από τον ίδιο τον δυνητικά ωφελούμενο. Σε περίπτωση φυσικής αδυναμίας ή ανήλικου, υπογράφεται από το γονέα/ κηδεμόνα ή το νόμιμο εκπρόσωπό του (δικαστικό συμπαραστάτη, επίτροπο ασκούντα την επιμέλειά του) αναφέροντας το πλήρες ονοματεπώνυμο και ΑΜΚΑ του ωφελούμενου για τον οποίο προορίζεται το αναπηρικό αμαξίδιο.