

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 Δ/νσης 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 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) συνοδία 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 ίδιου Ε1,Ε2,Ε9.
6. Αντίγραφο τελευταίας απόδειξης εισπραξης σύνταξης ή προνοιακού επιδόματος (εφόσον λαμβάνει).
7. Πιστοποιητικό Οικονομικής Αδυναμίας, για τα ανασφάλιστα - άπορα.
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).
10. Απόφαση Δικαστικής Συμπαράστασης ή πληρεξούσιο (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)

ΒΕΒΑΙΩΣΗ

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

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

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

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Επίσης διαπιστώθηκε ότι:

1. Έχει κατακλίσεις
2. Φέρει ουροσυλλέκτη
3. Αυτοεξυπηρετείται

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

(Προσδιορίστε)

4. Νόσημα για εξειδικευμένη υγιειν. μονάδα

<input type="checkbox"/>

(Προσδιορίστε)

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΙΩΓΗ (υπάρχουσα ή συνιστώμενη)

ΟΔΗΓΙΕΣ - ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ

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

ΝΑΙ ΟΧΙ

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

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/σης 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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

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/νση Οικονομικών Υποθέσεων του ΕΟΠΥΥ

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 γνώμатеυση

10. Δερματολογική Εξέταση η οποία θα συνοδεύεται από Ιατρική Γνώμатеυση & 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 στα 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

