Β. Μελά 1, 15562 Χολαργός
Τηλέφωνο : 210 6511432, 210 6518719
Fax : 210 6548174
E-mail: info@coveramea.gr
Ιστοσελίδα: https://www.coveramea.gr/

Χολαργός, 30/10/2026
Αρ. πρωτ.:1731

4η Επαναληπτική Πρόσκληση Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος προς Δυνητικά Ωφελούμενους

Ο Σύνδεσμος Προστασίας Παιδιών και ΑμΕΑ, λειτουργώντας ως δικαιούχος της Πράξης **«Συνέχιση λειτουργίας της Δομής ΚΔΗΦ - ΑμεΑ "ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΑΜΕΑ"»** με Κωδικό ΟΠΣ 6003857 και ένταξη στο Πρόγραμμα «Αττική 2021-2027»

ΠΡΟΣΚΑΛΕΙ

άτομα με αναπηρίες όπως προσδιορίζονται στην υπ΄ αρ. 3873Β/10.02.2025 κοινή υπουργική απόφαση και κατοικούν στο νομό Αττικής, τα οποία έχουν δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης σε ότι αφορά τις βασικές δεξιότητες καθημερινής ζωής (αυτόνομη κίνηση, σίτιση, χρήση τουαλέτας) και επιθυμούν να ενταχθούν στο ημερήσιο πρόγραμμα λειτουργίας του Κέντρου Διημέρευσης και Ημερήσιας Φροντίδας – Κ.Δ.Η.Φ. του Συνδέσμου Προστασίας Παιδιών και ΑμεΑ, να υποβάλλουν αίτηση συμμετοχής στο Πρόγραμμα.

Το Πρόγραμμα αφορά στη δωρεάν παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών ημερήσιας φροντίδας και παραμονής σε **40 ωφελούμενους**, έως την 31/12/2026. Η επιλογή των ωφελούμενων πραγματοποιήθηκε κατά την έναρξη της Α' Φάσης του Προγράμματος (Μάϊος 2017) μέσω της **αρχικής Πρόσκλησης υποβολής αιτήσεων** και έκτοτε ακολούθησαν **επαναληπτικές Προσκλήσεις**, για την εξέταση **πρόσθετων αιτήσεων,** με σκοπό την άμεση κάλυψη οποιασδήποτε κενής θέσης πρόκυπτε κατά τη διάρκεια υλοποίησης της Πράξης, λόγω αποχώρησης ενός ή περισσότερων εκ των αρχικά επιλεχθέντων ωφελούμενων της Δομής.

Στο πλαίσιο αυτό, με την παρούσα **3η Επαναληπτική Πρόσκληση**, καλούνται οι ενδιαφερόμενοι να υποβάλλουν τις αιτήσεις τους για την **πλήρωση μίας (1) θέσης**. Οι αιτήσεις θα εξεταστούν / αξιολογηθούν, λόγω αποχώρησης υφιστάμενων ωφελούμενων.

Α. ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Η Δομή καθ' όλη τη διάρκεια λειτουργίας της παρέχει υπηρεσίες με συστηματική προετοιμασία και επιστημονικά κριτήρια που στόχο έχει την καλύτερη δυνατή εξυπηρέτηση των ωφελούμενων, παρέχοντας υπηρεσίες οι οποίες περιλαμβάνουν:

- Την εκτίμηση των αναγκών των ωφελούμενων, την εκπόνηση και εφαρμογή εξατομικευμένου πλάνου εκπαίδευσης, φροντίδας και αποκατάστασης
- Τη καθημερινή μεταφορά των ωφελουμένων προς και από το Κέντρο, με μεταφορικό μέσο του δικαιούχου
- Τη διαμονή και τη διατροφή τους (πρόχειρο γεύμα).

- Το πρόγραμμα πράξεων ειδικής αγωγής που έχουν ανάγκη ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ωφελούμενου (εργοθεραπείες, λογοθεραπείες, ψυχοθεραπείες και άλλα), βάσει εξατομικευμένου προγράμματος.
- Υποστηρικτικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο
- Την παροχή ατομικής ή/και ομαδικής άσκησης.
- Την εκπαίδευση τους στην αυτοεξυπηρέτηση, σε κοινωνικές δεξιότητες, σε δεξιότητες καθημερινής ζωής κ.λπ. καθώς και στην προετοιμασία για την αυτόνομη ή υποστηριζόμενη διαβίωση τους
- Τη δημιουργική απασχόλησή τους και δραστηριότητες κοινωνικοποίησής τους.
- Τη συμμετοχή τους σε προγράμματα ψυχαγωγίας, πολιτισμού και άθλησης.
- Την ανάπτυξη και προαγωγή των επαγγελματικών/εργασιακών δεξιοτήτων
- Την προώθηση στην απασχόληση και εργασιακή ένταξη
- Προγράμματα εκπαίδευσης, υποστήριξης και συμβουλευτικής των οικογενειών ή/και των φροντιστών

Το σύνολο των προαναφερόμενων υπηρεσιών έχουν ως στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ωφελούμενων, τη δημιουργική απασχόληση και ενίσχυση της κοινωνικοποίησής τους και της κοινωνικής τους ένταξης.

Το Κέντρο λειτουργεί καθημερινά (εκτός Σαββάτου και Κυριακής) για δώδεκα (12) μήνες ανά έτος και παρέχει υπηρεσίες σε κάθε ωφελούμενο για τουλάχιστον 4 και όχι πάνω από 8 ώρες ημερησίως περιλαμβανομένης της μεταφοράς από και προς το Κέντρο.

Β. ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

1. Αίτηση (επισυνάπτεται υπόδειγμα). Η αίτηση δύναται να υποβληθεί από τον ίδιο τον ωφελούμενο ή τον γονέα ή κηδεμόνα αυτού ή νόμιμα εξουσιοδοτημένο εκπρόσωπό του. Ειδικότερα, για τους ωφελούμενους που διαβιούν σε Ιδρύματα κλειστής περίθαλψης και εφόσον δεν έχει οριστεί νόμιμος εκπρόσωπός τους/δικαστικός συμπαραστάτης, η αίτηση δύναται να υποβληθεί κατόπιν σχετικής απόφασης του αρμόδιου οργάνου του Ιδρύματος.

2. Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου ή πιστοποιητικό γεννήσεως ή Κάρτα Αναπηρίας. Σε περίπτωση μη ύπαρξης των προαναφερόμενων (π.χ. περιπτώσεις ατόμων που διαβιούν σε Ιδρύματα) οποιοδήποτε άλλο έγγραφο ταυτοποίησης.
   Εάν ο ωφελούμενος είναι αλλοδαπός από τρίτες χώρες απαιτείται και αντίγραφο της άδειας διαμονής εν ισχύ. Εάν είναι Έλληνας ομογενής απαιτείται αντίγραφο ταυτότητας ομογενούς.

3. Αντίγραφο ή εκτύπωση Ατομικού ή οικογενειακού εκκαθαριστικού σημειώματος εφόσον το άτομο υποχρεούται να έχει καταθέσει φορολογική δήλωση για το οικονομικό έτος **2025**, ή σχετική υπεύθυνη δήλωση σε περίπτωση που δεν υποχρεούται.

4. Αντίγραφο Βεβαίωσης πιστοποίησης της αναπηρίας του ωφελούμενου, εν ισχύ, με συνολικό ποσοστό αναπηρίας ίσο ή μεγαλύτερο από 67% σύμφωνα με την υπ΄ αρ. 3873Β/10.02.2025 κοινή υπουργική απόφαση.
   Ειδικώς οι ανήλικοι μπορούν να καταστούν ωφελούμενοι με μόνη τη γνωμάτευση ιατρού ειδικότητας σχετικής με τις παθήσεις που επιφέρουν τις αναπηρίες, όπως ενδεικτικά παιδοψυχιάτρου, ψυχιάτρου, νευρολόγου, παιδονευρολόγου, αναπτυξιακού παιδιάτρου, ιατρού φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης επί νευροκινητικών προβλημάτων, ωτορινολαρυγγολόγου ή οφθαλμίατρου. Η ιατρική γνωμάτευση χορηγείται είτε από δημόσιο φορέα είτε από ιδιώτη ιατρό.

5. Αντίγραφο Πιστοποιητικού οικογενειακής κατάστασης (σε ισχύ).

6. Εάν το άτομο που είναι επιφορτισμένο με τη φροντίδα του συγκεκριμένου ωφελούμενου (γονέας/ανάδοχος/επίτροπος/δικαστικός συμπαραστάτης) ή άλλο μέλος της οικογένειας ανήκει στην ομάδα των ΑμεΑ, απαιτείται αντίγραφο/α βεβαίωσης πιστοποίησης της αναπηρίας του/τους εν ισχύ.

7. Βεβαίωση ΑΜΚΑ ή υπεύθυνη δήλωση του ωφελούμενου ή του νόμιμου εκπροσώπου του περί μη κατοχής ΑΜΚΑ.

8. Δήλωση Ενημέρωσης και Λήψης Συγκατάθεσης για την επεξεργασία προσωπικών δεδομένων

9. Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 παρ. 4 του ν. 1599/1986 του ωφελούμενου ή του νόμιμου κηδεμόνα/ εκπροσώπου, που να αναφέρει ότι:
   α) δεν θα λαμβάνει αποζημίωση για τις συγχρηματοδοτούμενες υπηρεσίες που του παρέχονται από το ΚΔΗΦ/λοιπό Κέντρο από άλλη χρηματοδοτική πηγή (π.χ. ΕΟΠΥΥ) κατά την περίοδο συμμετοχής του στην πράξη, και
   β) δεν θα λαμβάνει υπηρεσίες από άλλο ΚΔΗΦ ή άλλο φορέα παροχής παρεμφερών υπηρεσιών, ο οποίος χρηματοδοτείται από εθνικούς ή/και κοινοτικούς πόρους, κατά την περίοδο συμμετοχής του στην πράξη.

10. Σε περίπτωση ωφελούμενου που διαβιεί σε μονάδα κλειστής φροντίδας:
    - Σχετική βεβαίωση του αρμόδιου οργάνου / νόμιμου εκπροσώπου του φορέα λειτουργίας της μονάδας που να πιστοποιεί τη διαβίωση του σε αυτή και να βεβαιώνει ότι, σε περίπτωση επιλογής του αιτούντος για την συμμετοχή του στην πράξη, θα προσκομίσει στο δικαιούχο όλες τις απαραίτητες πληροφορίες για το ατομικό και κοινωνικό ιστορικό του ωφελούμενου και σχετική έκθεση/αξιολόγηση του ωφελούμενου από την επιστημονική ομάδα του ιδρύματος.
    - Συνοπτική έκθεση της επιστημονικής ομάδας για το βαθμό προσαρμογής του ατόμου στο πρόγραμμα του ΚΔΗΦ. Στη σχετική έκθεση πρέπει επίσης να βεβαιώνεται ότι ο υποψήφιος ωφελούμενος συναινεί για τη συμμετοχή του στην πράξη.

11. Σε περίπτωση υποβολής της αίτησης από άλλο φυσικό πρόσωπο, πλην του ωφελούμενου απαιτούνται επιπρόσθετα τα ακόλουθα δικαιολογητικά :

    α. Σε περίπτωση ωφελούμενου που διαμένει σε μονάδα κλειστής φροντίδας, έγγραφο τεκμηρίωσης για την νόμιμη εκπροσώπηση της μονάδας (Ιδρύματος / θεραπευτηρίου / ΚΚΠΠ κ.ά.) από το πρόσωπο που υποβάλλει την αίτηση.

    ή

    β. Απόφαση ορισμού δικαστικού συμπαραστάτη

Για τους ωφελούμενους που διαβιούν σε μονάδες κλειστής φροντίδας η αδυναμία προσκόμισης των δικαιολογητικών/εγγράφων των ανωτέρω σημείων 2, 3, 6 και 8, δύναται να καλυφθεί με σχετική υπεύθυνη δήλωση του νόμιμου εκπροσώπου του φορέα λειτουργίας της μονάδας, μετά από σχετική απόφαση εξουσιοδότησης του αρμόδιου οργάνου του φορέα.

Γ. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΩΝ

Η διαδικασία αξιολόγησης και επιλογής ωφελουμένων θα ακολουθήσει τα παρακάτω βήματα/στάδια:

Μετά την εκάστοτε λήξη της προθεσμίας υποβολής αιτήσεων, θα γίνεται η αξιολόγηση τους με τη διαδικασία μοριοδότησης των ωφελούμενων βάσει των παρακάτω κριτηρίων επιλογής:

1. Τύπος πλαισίου διαμονής (ίδρυμα κλειστής περίθαλψης, στέγες υποστηριζόμενης διαβίωσης, οικογενειακό ή άλλο στεγαστικό πλαίσιο)
2. Ασφαλιστική ικανότητα του ωφελούμενου

3. Ατομικό ή οικογενειακό εισόδημα
4. Οικογενειακή κατάσταση

Ειδικότερα, η μοριοδότηση των κριτηρίων έχει ως εξής:

ΚΡΙΤΗΡΙΑ	**ΑΝΑΛΥΣΗ ΜΟΡΙΩΝ**	
1. Τύπος πλαισίου διαμονής	Μονάδα κλειστής φροντίδας	30
	ΣΥΔ	20
	Ατομική/ οικογενειακή κατοικία	10
2. Ασφαλιστική ικανότητα	Ανασφάλιστος/η	20
	Ασφαλισμένος/η	10
3. Ύψος ατομικού ή οικογενειακού εισοδήματος	Εισόδημα κάτω από το όριο της φτώχειας *	20
	Εισόδημα πάνω από το όριο της φτώχειας	10
4. Οικογενειακή κατάσταση	Ύπαρξη άλλου ΑμεΑ στην οικογένεια (δεν υπολογίζεται ο αιτούμενος)	12
	Μέλος μονογονεϊκής οικογένειας ή ορφανό άτομο με αναπηρία	12
	Τρίτεκνοι/Πολύτεκνοι (άνω των δύο εξαρτώμενων μελών εκτός του ωφελούμενου).	8

* Το όριο της φτώχειας προσδιορίζεται σύμφωνα με το κατώφλι φτώχειας της ΕΛΣΤΑΤ. Αυτό **για το έτος 2025** ορίζεται σε **7.020 €** για μονοπρόσωπα νοικοκυριά. Το συνολικό ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα της οικογένειας προκύπτει μετά τη διαίρεσή του συνολικού διαθέσιμου εισοδήματος με το ισοδύναμο μέγεθος της οικογένειας. Το ισοδύναμο μέγεθος του νοικοκυριού υπολογίζεται με βάση την τροποποιημένη κλίμακα του ΟΟΣΑ, σύμφωνα με την οποία ορίζεται συντελεστής στάθμισης 1 για τον πρώτο ενήλικα, 0,5 για τον δεύτερο ενήλικα και μέλη 14 ετών και άνω και 0,3 για παιδιά κάτω των 14 ετών. Για τον υπολογισμό του διαθέσιμου εισοδήματος του νοικοκυριού, στην παρούσα πρόσκληση, λαμβάνεται υπόψη το συνολικό εισόδημα μετά την αφαίρεση του φόρου και των εισφορών κοινωνικής ασφάλισης που λαμβάνεται από όλα τα μέλη του νοικοκυριού και δεν περιλαμβάνεται οποιοδήποτε επίδομα.

Δ. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ

Η αξιολόγηση των αιτήσεων θα πραγματοποιείται σε περιοδικούς κύκλους, κατόπιν σχετικής απόφασης του Δ.Σ. του Φορέα, στην οποία θα ανακοινώνεται μεταξύ άλλων η καταληκτική ημερομηνία έκαστου κύκλου και το πλήθος των ωφελούμενων που θα επιλεγούν κάθε φορά, σε απόλυτη ευθυγράμμιση με τις ανάγκες της Δομής (ανάλογα δηλαδή πόσοι ωφελούμενοι θα έχουν αποχωρήσει και θα χρειάζεται η αναπλήρωσή τους).

Η διαδικασία επιλογής υλοποιείται από την αρμόδια Επιτροπή εξέτασης/ελέγχου των αιτήσεων και επιλογής των συμμετεχόντων στην Πράξη, στην οποία συμμετέχει και ο Υπεύθυνος της Πράξης.

Ειδικότερα, σε κάθε κύκλο αξιολόγησης θα εφαρμόζεται η κάτωθι διαδικασία επιλογής:

1) Εξέταση / έλεγχος των αιτήσεων και υπολογισμός του συνολικού αριθμού των συμμετεχόντων/θέσεων στην πράξη, σύμφωνα με τον αριθμό των αιτήσεων και την πληρότητα των δικαιολογητικών.

Στο στάδιο αυτό, εκπονείται σχετικός πίνακας δυνητικών συμμετεχόντων με τον αριθμό των ατόμων που οι αιτήσεις τους κρίνονται από την Επιτροπή ως πλήρεις (πληρότητα δικαιολογητικών και στοιχείων της αίτησης) και επομένως γίνονται δεκτές από την Επιτροπή.

2) Επιλογή των συμμετεχόντων στην πράξη.

Στο στάδιο αυτό, η Επιτροπή καταρτίζει σχετικό πίνακα κατάταξης και επιλογής των ωφελουμένων της πράξης, συμπεριλαμβανομένων και των επιλαχόντων, οι οποίοι θα καταταγούν/επιλεγούν βάσει των τεσσάρων (4) προαναφερόμενων κριτηρίων επιλογής.

Σημειώνεται σε αυτό το σημείο, πως σε περίπτωση ισοψηφίας μεταξύ υποψηφίων, μοναδικό κριτήριο επιλογής θα είναι η τήρηση σειράς προτεραιότητας ως προς το χρόνο κατάθεσης της αίτησης.

3) Έκδοση απόφασης και δημοσιοποίηση των αποτελεσμάτων.

Στο στάδιο αυτό, η Επιτροπή εκδίδει σχετική απόφαση με τα αποτελέσματα της διαδικασίας επιλογής, περιγράφοντας επίσης τις επιμέρους εργασίες/στάδια που πραγματοποιήθηκαν. Κατόπιν ο δικαιούχος προβαίνει σε όλες τις απαραίτητες διαδικασίες δημοσιοποίησης των αποτελεσμάτων και ενημέρωσης των ωφελουμένων.

Επισημαίνεται ότι, σε περίπτωση αλλαγών ή μη συμμετοχών από πλευράς ωφελουμένων και σε κάθε περίπτωση λόγω μη υπαιτιότητας του δικαιούχου, η Επιτροπή δύναται να προβεί στις απαραίτητες αλλαγές χρησιμοποιώντας τους επιλαχόντες με βάση τον συνολικό πίνακα κατάταξης.

Η ανάρτηση των πινάκων θα γίνει στην ηλεκτρονική διεύθυνση: https://www.coveramea.gr/.

Οι ωφελούμενοι είναι δυνατόν να ασκήσουν ένσταση κατά του ανωτέρω πίνακα εντός δύο (2) εργάσιμων ημερών από τη γνωστοποίηση των αποτελεσμάτων, ενώπιον της επιτροπής αξιολόγησης, ιδιοχείρως.

Μετά την διαδικασία αξιολόγησης των ενστάσεων, θα αναρτηθεί **Οριστικός Πίνακας Κατάταξης των ωφελούμενων και επιλαχόντων** στην ηλεκτρονική διεύθυνση: **:** https://www.coveramea.gr/.

Σημειώνεται σε αυτό το σημείο, πως κάθε αίτηση θα λάβει έναν **μοναδιαίο κωδικό αναγνώρισης** που θα κοινοποιηθεί στους συμμετέχοντες.

Η ανάρτηση των πινάκων (και του προσωρινού και του οριστικού μετά την εξέταση τυχόν ενστάσεων) θα γίνεται **με αναφορά στους ανωτέρω κωδικούς και όχι με τα ονοματεπώνυμα** των ωφελούμενων, προκειμένου να μη δημοσιοποιηθούν ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα.

Οι επιλαχόντες με βάση το συνολικό πίνακα κατάταξης κάθε περιοδικού κύκλου αξιολόγησης, θα έχουν προτεραιότητα για την κάλυψη πρόσθετων αναγκών που τυχόν προκύψουν μετά την ολοκλήρωση του εκάστοτε περιοδικού κύκλου υποβολής αιτήσεων.

Ε. ΥΠΟΒΟΛΗ ΑΙΤΗΣΕΩΝ

Η δυνατότητα υποβολής αιτήσεων από τους ωφελούμενους είναι εφικτή από την Παρασκευή, 30/10/2026 έως και την Πέμπτη, 05/11/2026.

Ο Φορέας, διατηρεί το **δικαίωμα παράτασης** της ως άνω αναφερόμενης ημερομηνίας, σε περίπτωση κατά την οποία δεν έχει συγκεντρωθεί ο απαιτούμενος αριθμός ωφελούμενων, μέσω σχετικής ανακοίνωσης που θα κοινοποιηθεί έγκαιρα σε όλα τα κανάλια και μέσα φιλοξενίας της παρούσας πρόσκλησης.

Μετά το πέρας της προθεσμίας υποβολής αιτήσεων, ο Φορέας διατηρεί το δικαίωμα να προκηρύξει νέους κύκλους υποβολής αιτήσεων, αν και όποτε αυτό κριθεί σκόπιμο κατά τη διάρκεια υλοποίησης της πράξης.

Τρόπος Υποβολής Αιτήσεων : Στη Γραμματεία του Συνδέσμου (Διεύθυνση: Β. Μελά 1, 15562 Χολαργός) κατά τις εργάσιμες ημέρες και ώρες ή μέσω e-mail στη διεύθυνση info@coveramea.gr.

ΣΤ. ΠΑΡΟΧΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΚΑΙ ΕΓΓΡΑΦΩΝ

Η παρούσα Πρόσκληση, με την αίτηση, τη δήλωση συναίνεσης/ λήψης συγκατάθεσης και τα δικαιολογητικά, διατίθεται από το Σύνδεσμο Προστασίας Παιδιών και ΑμΕΑ (Β. Μελά 1, 15562 Χολαργός) και αναρτάται στην ιστοσελίδα του (https://www.coveramea.gr/) για όλο το διάστημα υποβολής αιτήσεων.

Επίσης η Πρόσκληση:

- Αποστέλλεται σε Ο.Τ.Α. Α' βαθμού (Δήμους), εντός της γεωγραφικής περιοχής κάλυψης της Πράξης, καθώς και στην Περιφέρεια Αττικής, και, ειδικότερα, στις κοινωνικές υπηρεσίες αυτών.
- Αποστέλλεται για ανάρτηση στην ιστοσελίδα της Ε.Σ.Α.μεΑ. και της Π.Ο.Σ.Γ.Κ.Α.μεΑ.
- Αποστέλλεται για ανάρτηση σε φορείς παροχής υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας, συμπεριλαμβανομένων των Κέντρων Κοινωνικής Πρόνοιας Περιφερειών (Κ.Κ.Π.Π.) και των παραρτημάτων τους, καθώς και σε κλειστές μονάδες κλειστής φροντίδας (Ιδρύματα, ΣΥΔ κ.λπ.)
- Αποστέλλεται στη Διεύθυνση Πολιτικών ΑΜΕΑ του Υπουργείου Κοινωνικής Συνοχής & Οικογένειας

Για **κάθε πληροφορία** οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να επικοινωνούν με τη **Γραμματεία** του Συνδέσμου.

Διεύθυνση: Β. Μελά 1, 15562 Χολαργός
Τηλ.: 210 6511432, 210 6518719
Fax: 210 6548174
E- mail: info@coveramea.gr
Ιστοσελίδα: https://www.coveramea.gr/

Η ΠΡΑΞΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΕΙΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ
ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΕΝΩΣΗ (ΕΥΡΩΠΑΙΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ +)

Για το Σύνδεσμο Προστασίας Παιδιών και ΑμεΑ

Κωνσταντίνος- Πολυχρόνης Τίγκας
Πρόεδρος Δ.Σ.

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΕΓΓΡΑΦΑ

1. Αίτηση Συμμετοχής
2. Υπεύθυνη Δήλωση Γονέα – Κηδεμόνα – Δικαστικού Συμπαραστάτη
3. Υπεύθυνη Δήλωση του άμεσα ωφελούμενου
4. Υπεύθυνη Δήλωση Νόμιμου Εκπροσώπου Ιδρύματος – Θεραπευτηρίου