

ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΣΥΜΠΡΑΞΗ «ΟΡΕΙΝΗ ΣΥΜΠΟΛΙΤΕΙΑ ΠΙΝΔΟΥ»

ΛΟΓΟΤΥΠΟ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗΣ ΣΥΜΠΡΑΞΗΣ	Αναπτυξιακή Σύμπραξη «ΟΡΕΙΝΗ ΣΥΜΠΟΛΙΤΕΙΑ ΠΙΝΔΟΥ»
Ε.Π. «ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ 2007-2013» / ΤΟΠΙΚΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΝΤΑΞΗΣ ΓΙΑ ΕΥΑΛΩΤΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	ΤΙΤΛΟΣ ΠΡΑΞΗΣ
	«ΤΟΠΙΚΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΝΤΑΞΗΣ ΕΙΔΙΚΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΣΤΗΝ ΠΙΝΔΟ»

ΠΡΟΣ:

**ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΣΥΜΠΡΑΞΗ**

**«ΟΡΕΙΝΗ ΣΥΜΠΟΛΙΤΕΙΑ ΠΙΝΔΟΥ»**

ΒΙΣ ΗΠΕΙΡΟΥ (Γραφεία Συντονιστή Εταίρου)

Δ/ΝΣΗ: Ε.Τ.Ε.Π.Η. Παν/πολη Ιωαννίνων

Τ.Κ.: 45110 ΙΩΑΝΝΙΝΑ.

**Αίτηση Υποψηφίου για Συμμετοχή  
στην Πράξη:  
«Τοπικές δράσεις Κοινωνικής Ένταξης Ειδικών Κοινωνικών Ομάδων στην Πίνδο»**

ΟΝΟΜΑ			
ΕΠΩΝΥΜΟ			
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ			
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ <input type="checkbox"/>	ΓΥΝΑΙΚΑ <input type="checkbox"/>	
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	...../...../.....		
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ		ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ	<input type="checkbox"/>
ΕΧΕΤΕ ΩΦΕΛΗΘΕΙ ΑΠΟ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΤΡΙΕΤΙΑ:	ΝΑΙ		<input type="checkbox"/>
ΕΑΝ ΝΑΙ, ΑΝΑΦΕΡΕΤΕ:			
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΕΡΓΙΑΣ:	- ΑΡ. ΚΑΡΤΑΣ ΑΝΕΡΓΙΑΣ		
	- ΤΟΠΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ (ή ΚΠΑ) ΟΑΕΔ		
	- ΜΗΝΕΣ ΑΝΕΡΓΙΑΣ		



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΣΥΜΠΡΑΞΗ «ΟΡΕΙΝΗ ΣΥΜΠΟΛΙΤΕΙΑ ΠΙΝΔΟΥ»

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΣΕ ΠΟΙΑ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΟΜΑΔΕΣ ΑΝΗΚΕΤΕ:

Μακροχρόνια άνεργοι άνω των 45 ετών με χαμηλά τυπικά προσόντα	
Άτομα με αναπηρία	
Αποφυλακισθέντες	
Πρώην Χρήστες Ουσιών	
Αρχηγοί μονογονεϊκών οικογενειών	
Άτομα ευρισκόμενα σε κατάσταση φτώχειας /απειλούμενα από φτώχεια	

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ		
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ		
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ		ΟΔΟΣ : ΑΡΙΘΜΟΣ:
		ΠΟΛΗ ή ΧΩΡΙΟ: <span style="float: right;">Τ.Κ. :</span>
ΑΡ. ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ		
ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ		
ΑΡ. ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΟΥ ΜΗΤΡΩΟΥ (Α.Φ.Μ.)		

**ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ:**

<b>1</b>	Φωτοαντίγραφο Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας	
<b>2</b>	Φωτοαντίγραφο κάρτας ανεργίας ΟΑΕΔ σε ΙΣΧΥ	
<b>3</b>	Αποδεικτικό τόπου κατοικίας	
<b>4</b>	Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης του οικείου Δήμου	
<b>5</b>	Στην περίπτωση της μονογονεϊκής οικογένειας, οποιοδήποτε πιστοποιητικό δημόσιας αρχής από το οποίο να προκύπτει η ιδιότητα του γονέα μονογονεϊκής οικογένειας (π.χ. πιστοποιητικό από το οποίο να προκύπτει η κατάσταση χηρείας του μονογονέα ή δικαστική απόφαση με την οποία ανακτήθηκε η άσκηση της γονικής μέριμνας σε ένα μόνο γονέα ή δικαστική απόφαση ή προσωρινή διαταγή με την οποία ανακτήθηκε η άσκηση επιμέλειας ανήλικου παιδιού σε άλλο πρόσωπο κλπ.)	
<b>6</b>	Πρόσφατο Εκκαθαριστικό Σημείωμα ή αντίγραφο αυτού για την απόδειξη των εισοδημάτων που αποκτήθηκαν αλλά και για την απόδειξη του αριθμού των προστατευόμενων μελών	
<b>7</b>	Υπεύθυνη Δήλωση του Ν. 1599/86 ότι δεν υποχρεούται ο ωφελούμενος να υποβάλλει φορολογική δήλωση λόγω εισοδήματος θεωρημένη από την αρμόδια ΔΟΥ.	
<b>8</b>	Βιβλιάριο απορίας (πρόνοιας) σε περίπτωση απορίας	
<b>9</b>	Απόφαση αρμοδίου οργάνου του ΙΚΑ με την οποία πιστοποιείται το ποσοστό αναπηρίας τους, το οποίο απαραίτητα θα πρέπει να είναι 50% και άνω. Δεν γίνεται δεκτή Απόφαση του αρμοδίου οργάνου του ΙΚΑ, στην οποία αναφέρεται ότι το άτομο με αναπηρία είναι «ανίκανο για κάθε βιοποριστική εργασία» (για την ομάδα στόχου «Άτομα με αναπηρία»).	



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

## ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΣΥΜΠΡΑΞΗ «ΟΡΕΙΝΗ ΣΥΜΠΟΛΙΤΕΙΑ ΠΙΝΔΟΥ»

Δηλώνω υπεύθυνα ότι:

- όλα τα στοιχεία που αναφέρω στην παραπάνω αίτηση είναι αληθή και
- τα φωτοτυπημένα συνοδευτικά έγγραφα ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα

Ο/ Η αιτών /ούσα

(ονοματεπώνυμο).....

(υπογραφή).....

Ημερομηνία: ..... / ..... / .....



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης