



**CARE ZEN I K E**

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: Ειρήνης 5

ΤΗΛ. 2532022610

693 00 Σάπες

email: [info@carezen.gr](mailto:info@carezen.gr)

**ΑΙΤΗΣΗ – ΔΗΛΩΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΗ ΣΤΕΓΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΖΟΜΕΝΗΣ ΔΙΑΒΙΩΣΩΣΗΣ CARE ZEN IKE**

Του/της....., ΤΟΥ .....  
Κατοίκου.....οδός....., αριθμός.....  
Α.Δ.Τ. ...., Α.Φ.Μ. ....

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΓΓΡΑΦΟΜΕΝΟΥ Α.ΜΕ.Α**

Επώνυμο:.....Όνομα:.....  
Όνομα Πατέρα:.....Όνομα Μητέρας:.....  
Ημερομηνία Γέννησης:.....Τόπος και Νομός Γέννησης:.....  
Α.Δ.Τ. Α.μεΑ.:..... Ημ/νία Έκδοσης: ..... Αρχή:.....  
ΑΦΜ:..... ΑΜΚΑ: .....  
Διεύθυνση Κατοικίας: Οδός:..... Αριθμός:..... Τ.Κ.....

**ΤΗΛΕΦΩΝΑ:**

1)Οικίας:.....2)Δικαστικού συμπαραστάτη:.....  
3) πατέρα:.....4)μητέρας:.....  
5)συγγενών:.....

Ως δικαστικός συμπαραστάτης του/της .....  
παρακαλώ όπως εγγράψετε τον/ την ..... στη Στέγη Υποστηριζόμενης  
Διαβίωσης CARE ZEN IKE. Για τον σκοπό αυτό υποβάλλω όλα τα απαραίτητα  
δικαιολογητικά (\*).

Κομοτηνή, ...../...../20.....

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ (Ονοματεπώνυμο και υπογραφή)

.....

**(\*) Δικαιολογητικά για την εγγραφή στην CARE ZEN:**

1. Φωτοτυπία με στοιχεία ταυτότητας/ διαβατηρίου του ωφελούμενου.
2. Πρόσφατο Πιστοποιητικό Οικογενειακής κατάστασης.
3. Πρόσφατη φωτογραφία.
4. Ιατρικό ιστορικό (γνωματεύσεις και πιστοποιητικά υγείας) που τεκμηριώνει την αδυναμία αυτόνομης διαβίωσης χωρίς κατάλληλη υποστήριξη.
5. Βεβαίωση Κοινωνικής Έρευνας, η οποία συντάσσεται από Κοινωνικό Λειτουργό δημόσιου νοσοκομείου ή του ευρύτερου δημόσιου τομέα ή μέλους του ΣΚΛΕ με άδεια άσκησης επαγγέλματος.
6. Ληξιαρχική Πράξη Γέννησης.
7. Πρόσφατη Γνωμάτευση Προσδιορισμού Ποσοστού Αναπηρίας από Κ.Ε.Π.Α.
8. Απόφαση δικαστικής συμπάρστασης