

**ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΠΑΙΔΙΟΥ/ΩΝ  
ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ**

Αρ. Φακέλου.....  
**ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟ**

**1. Στοιχεία Γονέων η Κηδεμόνων**

Όνομα και Επίθετο Πατέρα

Ηλικία

Αρ. Ταυτότητας




Επάγγελμα

Τηλ. Εργασίας

Κινητό Τηλ.




Όνομα και Επίθετο Μητέρας

Ηλικία

Αρ. Ταυτότητας




Επάγγελμα

Τηλ. Εργασίας

Κινητό Τηλ.




Άγαμη  Έγγαμη  Χήρα  Διαζευγμένη  Διάσταση

Διεύθυνση Διαμονής

Ταχ. Κωδικός

Επαρχία

Τηλ. Οικίας




**2. Στοιχεία Παιδιού με ειδικές ανάγκες που χρήζουν βοήθειας**

(α) Όνομα και Επίθετο

Ημερ. Γεννήσεως

Αρ. Ταυτότητας




(β) Όνομα και Επίθετο

Ημερ. Γεννήσεως

Αρ. Ταυτότητας




(γ) Όνομα και Επίθετο

Ημερ. Γεννήσεως

Αρ. Ταυτότητας




**3. Αδέλφια η Άλλα Εξαρτώμενα Μέλη της Οικογένειας**

Σχέση/Συγγένεια

Όνομα

Ηλικία

Αρ. Ταυτότητας

#### 4. α) Μηνιαία Εισοδήματα

- |  |      |                      |
|--|------|----------------------|
| • Μηνιαίο εισόδημα από εργασία Πατέρα ( <u>Βεβαίωση από Γρ. Κοινωνικών Ασφαλίσεων</u> )  | €EUR | <input type="text"/> |
| • Μηνιαίο εισόδημα από εργασία Μητέρας ( <u>Βεβαίωση από Γρ. Κοινωνικών Ασφαλίσεων</u> ) | €EUR | <input type="text"/> |
| • Συντάξεις από Κοιν. Ασφαλίσεις ( <u>Βεβαίωση από Γρ. Κοινωνικών Ασφαλίσεων</u> )       | €EUR | <input type="text"/> |
| • Επίδομα Ανεργείας ( <u>Βεβαίωση από Γρ. Κοινωνικών Ασφαλίσεων</u> )                    | €EUR | <input type="text"/> |
| • Δημόσιο Βοήθημα (Γρ. Ευημερίας) και/η επίδομα αναπηρίας παιδιού η παιδιών              | €EUR | <input type="text"/> |
| • Δημόσιο Βοήθημα για την οικογένεια (Γράφειο Ευημερίας)                                 | €EUR | <input type="text"/> |
| • Επίδομα Τέκνου   | €EUR | <input type="text"/> |
| • Άλλα (παρακαλώ διευκρινίστε): . . . . .  | €EUR | <input type="text"/> |

Σημείωση: Για όλα τα πιο πάνω πρέπει να προσκομίζονται αποδεικτικά έγγραφα (π.χ. Πιστοποιητικό Αποδοχών η Βεβαίωση από Γρ. Κοινωνικών Ασφαλίσεων)

#### β) Οικονομικές υποχρεώσεις

- |                                    |      |                      |
|------------------------------------|------|----------------------|
| • Ενοίκιο                          | €EUR | <input type="text"/> |
| • Έξοδα παιδιών με ειδικές ανάγκες | €EUR | <input type="text"/> |
| • Δόσεις σε χρέη                   | €EUR | <input type="text"/> |
| • Άλλα – καθορίστε τι . . . . .    | €EUR | <input type="text"/> |

#### 5. Ειδικές Ανάγκες και προβλεπόμενη δαπάνη για την οποία υποβάλλεται η αίτηση

	Κόστος ανά Επίσκεψη	Μηνιαίο Κόστος
α) . . . . .	€EUR <input type="text"/>	€EUR <input type="text"/>
β) . . . . .	€EUR <input type="text"/>	€EUR <input type="text"/>
γ) . . . . .	€EUR <input type="text"/>	€EUR <input type="text"/>

#### 6. Δηλώστε τα πιστοποιητικά (Ιατρών, Θεραπευτών, τιμολόγια κ.λ.π) τα οποία υποβάλλονται με την αίτηση

Δηλώνω ότι τα πιο πάνω είναι αληθή.

Εκ μέρους των γονέων ή κηδεμόνων

Όνομα & Υπογραφή

Ημερομηνία

#### Σημείωση:

1. Σε περίπτωση που η Αίτηση δεν είναι σωστά συμπληρωμένη η δεν συνοδεύεται από τα απαραίτητα έγγραφα το Ίδρυμα δεν θα μπορέσει να την εξετάσει.
2. Όλες οι πληροφορίες που περιλαμβάνονται στην αίτηση είναι απολύτως εμπιστευτικές και για σκοπούς αξιολόγησης της Αίτησης μόνο.

---

#### ΓΙΑ ΕΠΙΣΗΜΗ ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟ

ΗΜ. ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ: . . . . .

Panos Enripidou Foundation

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΚΡΙΝΕΤΑΙ

ΑΙΤΗΣΗ ΑΠΟΡΡΙΠΤΕΤΑΙ

Όνομα & Υπογραφή

Ημερομηνία:

**ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ  
ΕΝΤΥΠΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ**

Αρ. Φακέλου.....  
**ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟ**

Όνομα και Επίθετο

Ειδικότητα

Αρ. Μητρώου

--	--	--

Ιατρός  Θεραπευτής

Νοσοκομείο  Ίδρυμα

Διεύθυνση

Ταχ. Κωδικός Επαρχία

--	--	--

Ημερ. Αξιολόγησης

Τηλ. Εργασίας

--	--

**A. Γενικές Πληροφορίες Παιδιού**

Όνομα και Επίθετο Παιδιού:  Ημερ. Γεννήσεως:

Όνομα και Επίθετο Πατέρα:

Όνομα και Επίθετο Μητέρας:

Διεύθυνση:  Τηλ:

Γιατροί / Θεραπευτές που παρακολουθούν το παιδί: .....

**Διάγνωση**

Ιστορικό Παιδιού: .....

Τετραπληγιά  Διπληγιά  Ημιπληγιά  Παραπληγιά

Ορθοπεδικά προβλήματα  Ψυχοκινητική καθυστέρηση  Γενετικές ανωμαλίες  Άλλο .....

**B. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ / ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ**

.....  
.....

ΒΑΘΜΟΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ: Ελαφρύ  Μέτριο  Σοβαρό  Πολύ Σοβαρό

Προτεινόμενη συχνότητα θεραπειάς: ..... **Ημερ. Επαναξιολόγησης:** .....

Ημερομηνία: ..... Υπογραφή: .....