

Στελέχη Κέντρου Κοινότητας Δάφνης - Υμηττού

Το Κέντρο Κοινότητας Δάφνης – Υμηττού στελεχώνεται
με εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό:

- Τρεις Κοινωνικούς Λειτουργούς
- Τρεις Ψυχολόγους
- Ένα Διοικητικό Υπάλληλο

Ωράριο Λειτουργίας:

Δευτέρα – Παρασκευή: 08:00 – 17:00

Υποδοχή Κοινού: 08:00 – 14:00

Διεύθυνση: Πλατεία Ηρώων Πολυτεχνείου 1, 1ος Όροφος,
Υμηττός Τ.Κ 17237 (Πρώην Δημαρχείο Υμηττού)

Τηλεφωνικό Κέντρο: 213 2037822 (κεντρικό)
& 213 2037823 - 824 - 825 - 826

E-mail: kentrokoinotitas@dafni-ymittos.gov.gr

Το παρόν έντυπο αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο για τους κατοίκους
του Δήμου Δάφνης-Υμηττού, με στόχο την ενημέρωση για το δίκτυο υπηρεσιών
του Κέντρου Κοινότητας και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής όλων όσων ανήκουν
σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες.



Με τη συγχρηματοδότηση
της Ευρωπαϊκής Ένωσης



ΕΣΠΑ
2021-2027
Ευρωπαϊκή Ανάπτυξη για Όλους



Περιφερειακό
Πρόγραμμα
«ΑΤΤΙΚΗ»



Δήμος Δάφνης - Υμηττού



**Κέντρο
Κοινότητας**

Δήμος Δάφνης-Υμηττού

ΠΡΟΝΟΙΑΚΑ ΕΠΙΔΟΜΑΤΑ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΟΠΕΚΑ



ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ
ΠΡΟΝΟΙΑΚΩΝ
ΕΠΙΔΟΜΑΤΩΝ &
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ



Με τη συγχρηματοδότηση
της Ευρωπαϊκής Ένωσης



ΕΣΠΑ
2021-2027
Ευρωπαϊκή Ανάπτυξη για Όλους



Περιφερειακό
Πρόγραμμα
«ΑΤΤΙΚΗ»

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΠΡΟΝΟΙΑΚΑ ΑΝΑΠΗΡΙΚΑ ΕΠΙΔΟΜΑΤΑ

ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ

1. Γνωμάτευση Αποτελέσματος Πιστοποίησης Αναπηρίας (ΓΑΠΑ) από ΚΕΠΑ.
2. Φωτοτυπία ταυτότητας ή διαβατηρίου και άδεια παραμονής σε ισχύ για αλλοδαπούς (ανά περίπτωση τα αντίστοιχα νομιμοποιητικά πχ βεβαίωση καταγραφής πολίτη ΕΕ, δελτίο αναγνωρισμένου πρόσφυγα κτλ) του δικαιούχου.
3. Φωτοτυπία Α.Μ.Κ.Α. του δικαιούχου.
4. Φωτοτυπία IBAN Τραπεζικού λογαριασμού στο όνομα του αιτούντα ή συνδικαιούχου.
5. Ηλεκτρονικό ταχυδρομείο (E-mail) και αριθμό κινητού τηλεφώνου.

ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

6. Σε περίπτωση υποβολής της αίτησης μέσω αντιπροσώπου απαιτείται εξουσιοδότηση με το γνήσιο της υπογραφής ή πληρεξούσιο σε ισχύ ή απόφαση δικαστικής συμπαράστασης, ταυτότητα και ΑΜΚΑ αντιπροσώπου.
7. Πιστοποιητικό νοσηλείας δημοσίου ή ιδιωτικού νοσοκομείου και γνωμάτευση ιατρού σε περίπτωση επιδείνωσης ή νέας πάθησης.
8. Πρόσφατο πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης σε περίπτωση ανήλικου τέκνου.

9. Υπεύθυνη δήλωση για περιπτώσεις εν διαστάσει γονέων που αιτούνται για ανήλικο τέκνο. Ο γονέας που ΔΕΝ υποβάλει την αίτηση θα αναφέρει ότι συναινεί στην υποβολή αίτησης για λήψη προνοιακού επιδόματος με την αναφορά του ονόματος του τέκνου.

10. Πιστοποιητικό Ταυτοπροσωπίας σε περίπτωση ανήλικου τέκνου από το ΚΕΠ. Για ανήλικους, προϋπόθεση είναι η έκδοση ΑΦΜ και η σύνδεση ΑΦΜ –ΑΜΚΑ στο ΚΕΠ πριν την υποβολή αίτησης.

ΠΡΟΣΟΧΗ

Για Αίτηση διατροφικού επιδόματος (Οι αιτούντες δεν εξετάζονται από την επιτροπή των ΚΕΠΑ). Νεφροπαθείς, μεταμοσχευμένοι καρδιάς, ήπατος κ.λπ.:Α) Γνωμάτευση ιατρού του Μεταμοσχευτικού Κέντρου, υπογεγραμμένη από τον υπεύθυνο του Κέντρου και θεωρημένη από τον Διοικητικό Δ/ντή του Ιδρύματος όπου βεβαιώνεται ότι ο αιτών έχει υποβληθεί σε μεταμόσχευση και το είδος αυτής. Β)Γνωμάτευση ιατρού νεφρολόγου Κρατικού Νοσοκομείου ή ιδιωτικής κλινικής όπου θα βεβαιώνεται ότι πάσχει από νεφρική ανεπάρκεια και ότι βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας. Η βεβαίωση θα υπογράφεται από το νεφρολόγο και θα θεωρείται από το Διοικητικό Δ/ντή του Ιδρύματος. Η βεβαίωση ιδιωτικής κλινικής να αναφέρει ακριβή ημερομηνία έναρξης θεραπείας του ασθενή.