ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΥΠΟΤΡΟΦΙΩΝ

Παρακαλούμε συμπληρώστε όλα τα απαιτούμενα πεδία και επισυνάψτε όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά. Ελλιπείς αιτήσεις ενδέχεται να μην αξιολογηθούν.

Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΙΔΙΟΥ

Ονοματεπώνυμο	
Ημερομηνία Γέννησης	____ / ____ / _____
Ηλικία	
Σχολείο	
Τάξη	

Υπηρεσία για την οποία υποβάλλεται η αίτηση

☐ Λογοθεραπεία	☐ Εργοθεραπεία
☐ Ψυχολογία	☐ Ειδική Εκπαίδευση
☐ Άλλη υπηρεσία	_____

Β. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ / ΚΗΔΕΜΟΝΑ 1

Ονοματεπώνυμο	
Σχέση με το παιδί	
Αριθμός Ταυτότητας / Διαβατηρίου	
Επάγγελμα	
Τηλέφωνο	
Email	

Γ. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ / ΚΗΔΕΜΟΝΑ 2

Ονοματεπώνυμο	
Σχέση με το παιδί	
Αριθμός Ταυτότητας / Διαβατηρίου	
Επάγγελμα	
Τηλέφωνο	

Email	

Δ. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Διεύθυνση κατοικίας	
Οικογενειακή κατάσταση	☐ Έγγαμοι ☐ Διαζευγμένοι ☐ Σε διάσταση ☐ Μονογονεϊκή οικογένεια ☐ Χήρος / Χήρα ☐ Άλλο _____
Αριθμός παιδιών στην οικογένεια	_____
Αριθμός εξαρτώμενων τέκνων	_____

Ε. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Γονέας / Κηδεμόνας 1	Γονέας / Κηδεμόνας 2
☐ Εργαζόμενος ☐ Αυτοεργοδοτούμενος ☐ Άνεργος ☐ Συνταξιούχος ☐ Άλλο _____	☐ Εργαζόμενος ☐ Αυτοεργοδοτούμενος ☐ Άνεργος ☐ Συνταξιούχος ☐ Άλλο _____
Η οικογένεια λαμβάνει κοινωνικές παροχές;	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
Εάν ΝΑΙ, ποιες;	

ΣΤ. ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Παρακαλώ σημειώστε όσα ισχύουν:

☐ Μονογονεϊκή οικογένεια	☐ Άνεργος γονέας
☐ Γονέας με αναπηρία	☐ Αδελφός / Αδελφή με αναπηρία
☐ Χρόνια ασθένεια μέλους της οικογένειας	☐ Πολύτεκνη οικογένεια
☐ Άλλες σοβαρές κοινωνικές ή οικονομικές δυσκολίες	
Εάν υπάρχουν πρόσθετες πληροφορίες που θεωρείτε σημαντικές	

Ζ. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Υπάρχει επίσημη διάγνωση ή γνωμάτευση;	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
Εάν ΝΑΙ, παρακαλώ αναφέρετε	
Έχει το παιδί λάβει θεραπευτικές υπηρεσίες στο παρελθόν;	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
Εάν ΝΑΙ, ποιες;	

Η. ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΔΗΛΩΣΗ

Παρακαλούμε περιγράψτε έως 300 λέξεις:

«Γιατί θεωρείτε ότι το παιδί σας θα ωφεληθεί από την υποτροφία και με ποιον τρόπο η οικογένειά σας θα υποστηρίξει τη θεραπευτική του πορεία;»

Θ. ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

1. Υποχρεωτικά

☐ Συμπληρωμένη και υπογεγραμμένη Αίτηση.

☐ Αντίγραφο δελτίου ταυτότητας ή άλλου επίσημου εγγράφου ταυτοποίησης για το παιδί.

☐ Αντίγραφο δελτίου ταυτότητας ή άλλου επίσημου εγγράφου ταυτοποίησης και των δύο γονέων/κηδεμόνων.

☐ Πρόσφατη γνωμάτευση από αρμόδιο επαγγελματία υγείας που τεκμηριώνει την ανάγκη θεραπευτικής παρέμβασης.

2. Οικονομικά Δικαιολογητικά

Για κάθε γονέα ή κηδεμόνα ξεχωριστά, όπου εφαρμόζεται.

Κατηγορία	Δικαιολογητικό
Εργαζόμενοι	☐ Τρία (3) τελευταία δελτία μισθοδοσίας (Payslips) για κάθε γονέα ή πρόσφατη βεβαίωση εργοδότη.
Αυτοεργοδοτούμενοι	☐ Αντίγραφο της τελευταίας φορολογικής δήλωσης ή της τελευταίας φορολογικής εκκαθάρισης για κάθε γονέα.
Άνεργοι	☐ Βεβαίωση ανεργίας για κάθε γονέα, όπου εφαρμόζεται. ☐ Βεβαίωση επιδόματος ανεργίας, όπου εφαρμόζεται.
Κοινωνικές Παροχές	☐ Βεβαίωση λήψης κοινωνικών παροχών, όπου εφαρμόζεται.

3. Δικαιολογητικά Κοινωνικών Κριτηρίων, όπου εφαρμόζεται

☐ Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.

☐ Βεβαίωση αναπηρίας.

☐ Βεβαίωση χρόνιας πάθησης.

☐ Άλλα αποδεικτικά κοινωνικών κριτηρίων.

4. Δικαστική Απόφαση, όπου εφαρμόζεται

Σε περίπτωση που η γονική μέριμνα ή/και η επιμέλεια ασκείται αποκλειστικά από έναν γονέα ή νόμιμο κηδεμόνα, πρέπει να επισυναφθεί αντίγραφο της σχετικής δικαστικής απόφασης ή άλλου επίσημου εγγράφου.

5. Συμπληρωματικά Δικαιολογητικά

Η Επιτροπή Αξιολόγησης διατηρεί το δικαίωμα να ζητήσει οποιοδήποτε πρόσθετο δικαιολογητικό ή διευκρίνιση κρίνει απαραίτητη για την ολοκλήρωση της αξιολόγησης.

Ι. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Με την υπογραφή της παρούσας αίτησης δηλώνουμε υπεύθυνα ότι:

- Όλες οι πληροφορίες και τα δικαιολογητικά που υποβάλλονται είναι αληθή, ακριβή και πλήρη.
- Θα ενημερώνουμε άμεσα το Limassol Therapy Center για οποιαδήποτε ουσιώδη μεταβολή των στοιχείων που δηλώσαμε.
- Αποδεχόμαστε ότι η Επιτροπή Αξιολόγησης δύναται να ζητήσει πρόσθετα στοιχεία ή διευκρινίσεις.
- Έχουμε διαβάσει και αποδεχόμαστε πλήρως τον Κανονισμό του Προγράμματος Υποτροφιών.
- Ενημερωθήκαμε για την επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων σύμφωνα με τον Κανονισμό (ΕΕ) 2016/679 (GDPR).
- Κατανοούμε ότι η παροχή ψευδών ή παραπλανητικών στοιχείων συνεπάγεται την απόρριψη της αίτησης ή την ανάκληση της υποτροφίας.
-

Ρητή συγκατάθεση

☐ Παρέχουμε τη ρητή συγκατάθεσή μας για την επεξεργασία από το Limassol Therapy Center των δεδομένων υγείας του παιδιού μας (και άλλων μελών της οικογένειας, όπου υποβάλλονται) για τον σκοπό της αξιολόγησης της παρούσας αίτησης (άρθρο 9(2)(α) ΓΚΠΔ). Μπορούμε να ανακαλέσουμε τη συγκατάθεση αυτή οποτεδήποτε.

Υπογραφές

Η αίτηση πρέπει να υπογράφεται και από τους δύο γονείς. Εξαίρεση: Εάν η γονική μέριμνα ή/και η επιμέλεια ασκείται αποκλειστικά από έναν γονέα ή νόμιμο κηδεμόνα, αρκεί η υπογραφή του προσώπου που ασκεί τη γονική μέριμνα, υπό την προϋπόθεση ότι επισυνάπτεται η σχετική δικαστική απόφαση ή άλλο επίσημο αποδεικτικό έγγραφο.

Γονέας / Κηδεμόνας 1	Γονέας / Κηδεμόνας 2
Ονοματεπώνυμο: _____ Υπογραφή: _____ Ημερομηνία: ____ / ____ / _____	Ονοματεπώνυμο: _____ Υπογραφή: _____ Ημερομηνία: ____ / ____ / _____

Για χρήση από το Limassol Therapy Center

Ημερομηνία Παραλαβής	____ / ____ / _____
Αριθμός Αίτησης	
Έλεγχος	☐ Η αίτηση είναι πλήρης. ☐ Ζητήθηκαν συμπληρωματικά δικαιολογητικά.
Υπογραφή αρμόδιου λειτουργού	