



**ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΗ ΕΙΔΙΚΗΣ ΧΟΡΗΓΙΑΣ ΣΕ ΤΥΦΛΟΥΣ**

(πριν συμπληρώσετε την αίτηση παρακαλείστε να μελετήσετε τις συνημμένες πληροφορίες)

**Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ:**

1. Όνομα:.....	2. Επώνυμο:.....
3. Αρ. Ταυτότητας:.....	4. Αρ. Κοιν. Ασφαλίσεων:.....
5. Ημερ. Γέννησης:.....	6. Υπηκοότητα:..... <ul style="list-style-type: none"> <li>(Οι Πολίτες Κρατών-Μελών της Ε.Ε. να προσκομίσουν αποδεικτικά στα οποία να φαίνεται η παραμονή τους στην Κύπρο για 12 συνεχόμενους μήνες.</li> <li>Οι αναγνωρισμένοι πρόσφυγες και κατόχους καθεστώτος συμπληρωματικής προστασίας να προσκομίσουν είτε επιστολή της Υπηρεσίας Ασύλου είτε Άδεια Παραμονής σε ισχύ του Τμήματος Αρχείου Πληθυσμού και Μετανάστευσης στις οποίες να αναγράφεται το αναγνωρισμένο καθεστώς πρόσφυγα ή συμπληρωματικής προστασίας)</li> </ul>
7. Διεύθυνση:.....	8. Δήμος/Κοινότητα:.....
9. Ταχυδρ. Κώδικας:.....	10. Τηλ. οικίας:.....
11. Τηλ. κινητό:.....	12. Τηλ. εργασίας:.....
13. Διαμονή σε Στέγη Ευγηρίας / Κέντρο Αποκατάστασης: Ναι / όχι  <b>Εάν ναι να συμπληρωθεί το 14</b>	14. <u>Στοιχεία Στέγης / Κέντρου:</u> Όνομα:..... Διεύθυνση:..... Αρ. τηλ. :..... Όνοματεπώνυμο Υπεύθυνου:.....
15. Οικογενειακή Κατάσταση : <input type="checkbox"/> Έγγαμος/η <input type="checkbox"/> Άγαμος/η <input type="checkbox"/> Χήρος/α <input type="checkbox"/> Διαζευγμένος/η	16. Επάγγελμα:.....
17. Ημερομηνία εμφάνισης της αναπηρίας:.....	
18. Σύντομη περιγραφή της αναπηρίας: ..... .....	

**Β. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ / ΚΗΔΕΜΟΝΑ / ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:** (Να συμπληρωθεί μόνο σε περίπτωση αιτητή που δεν έχει συμπληρώσει το 18<sup>ο</sup> έτος ηλικίας ή που έχει κηδεμόνα / διαχειριστή περιουσίας ή που αδυνατεί ο ίδιος για οποιονδήποτε λόγο να παρέχει τις απαιτούμενες πληροφορίες)

1. Όνομα:.....	2. Επώνυμο:.....
3. Αρ. Ταυτότητας:.....	4. Επάγγελμα:.....
5. Ιδιότητα (συγγένεια / σχέση) ως προς το αιτούμενο άτομο : .....	

.....  
Ημερομηνία

.....  
Υπογραφή αιτητή

**Γ. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ**

Ο αιτητής θα κληθεί σε αξιολόγηση της αναπηρίας από το Κέντρο Αξιολόγησης Αναπηρίας του Τμήματος και θα πρέπει να συμπληρώσει Υπεύθυνη Δήλωση του, αν επιθυμεί να αξιολογηθεί μόνο για την αναπηρία του ή να αξιολογηθεί για την αναπηρία και τη λειτουργικότητα του.

Με την έννοια «αξιολόγηση της αναπηρίας» εννοείται η αξιολόγηση που γίνεται από δύο ή τρεις ιατρούς με ειδικότητες άμεσα συνυφασμένες με την αναπηρία που αντιμετωπίζει το άτομο. Ο στόχος της αξιολόγησης της αναπηρίας είναι να πιστοποιήσει, να περιγράψει και να τεκμηριώσει την ύπαρξη της αναπηρίας και του βαθμού της και να γνωματεύσει κατά πόσο τα δεδομένα της αναπηρίας του ατόμου ικανοποιούν τα κριτήρια και προϋποθέσεις των νομοθεσιών και σχεδίων κοινωνικών παροχών και υπηρεσιών που προσφέρει το κράτος.

Η αξιολόγηση της λειτουργικότητας είναι προαιρετική, μόνο αν ο αιτητής **το επιθυμεί** και το δηλώσει. Η «αξιολόγηση της λειτουργικότητας» πραγματοποιείται από δύο ή τρεις επαγγελματίες αποκατάστασης (φυσιοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, ψυχολόγους) και πάλι ανάλογα με τον τύπο της αναπηρίας του ατόμου. Με τον όρο «λειτουργικότητα» εννοείται η ικανότητα και η δυνατότητα του ατόμου για δραστηριότητα και συμμετοχή σε όλους τους τομείς της ζωής του και ο στόχος της αξιολόγησης της είναι να εντοπίσει, περιγράψει και τεκμηριώσει τους περιορισμούς που αντιμετωπίζει το άτομο στην καθημερινότητα του και τις αναγκαίες παρεμβάσεις στήριξης που χρειάζεται ώστε να μειωθούν αυτοί οι περιορισμοί. Οι παρεμβάσεις αυτές δεν σημαίνει κατ' ανάγκη ότι αντιστοιχούν σε οικονομικά ωφελήματα. Μπορεί να αντιστοιχούν σε διαφόρων τύπων θεραπείες ή υπηρεσίες που χρειάζεται το άτομο ή στη χρήση συγκεκριμένων τεχνικών μέσων / τροχοκαθισμάτων / βοηθημάτων τα οποία να είναι άμεσα προσαρμοσμένα και εξειδικευμένα για τις ανάγκες του συγκεκριμένου ατόμου. Ακόμα, οι παρεμβάσεις αυτές μπορεί να αντιστοιχούν σε εκπαίδευση, κατάρτιση και εργασία. Μέσα από την αξιολόγηση της λειτουργικότητας προσφέρεται στο άτομο με αναπηρία μια πολυθεματική αξιολόγηση των ατομικών αναγκών και δυνατοτήτων του και εισηγήσεις για το πώς να έχει μια πιο ποιοτική ζωή και μια πιο ενεργή συμμετοχή προς την κοινωνική ενσωμάτωσή του.

Σε περίπτωση που ο/η αιτητής/τρια διαμένει σε Στέγη Ευγηρίας / Κέντρο Αποκατάστασης εκτός από τα στοιχεία της Στέγης / του Κέντρου απαιτείται και η παροχή στοιχείων επικοινωνίας συγγενικού προσώπου του / της αιτητή/τριας.

Για την εξέταση της αίτησης **απαιτούνται:**

- **Πρόσφατη πρωτότυπη αναφορά θεράποντος ιατρού (στο καθορισμένο έντυπο του Τμήματος)**  
Σε περίπτωση που έχετε ήδη προσκομίσει **πρωτότυπη** αναφορά θεράποντος ιατρού **εντός του τελευταίου έτους** και **η κατάσταση σας δεν έχει διαφοροποιηθεί** τότε δεν χρειάζεται να προσκομίσετε νέα αναφορά θεράποντος ιατρού.
- **Κλινικές ή και Εργαστηριακές Εξετάσεις** (εάν υπάρχουν)
- **Εξιτήρια από Νοσηλευτικά Ιδρύματα** (εάν υπάρχουν)
- **Πρωτότυπη Υπεύθυνη Δήλωση (στο καθορισμένο έντυπο του Τμήματος)**
- **Αντίγραφο Πιστοποιητικού γέννησης**
- **Αντίγραφο πολιτικής ταυτότητας**
- **Για πολίτες χωρών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης να επισυναφθούν πιστοποιητικά τα οποία αποδεικνύουν την μόνιμη διαμονή στην ελεγχόμενη από την Κυπριακή Δημοκρατία περιοχή για τουλάχιστον 12 μήνες.**

- Για αναγνωρισμένους πρόσφυγες και κατόχους καθεστώτος συμπληρωματικής προστασίας να επισυναφθούν είτε επιστολή της Υπηρεσίας Ασύλου με την οποία έχει παραχωρηθεί στον αιτητή το αναγνωρισμένο καθεστώς πρόσφυγα ή συμπληρωματικής προστασίας είτε Άδεια Παραμονής σε ισχύ του Τμήματος Αρχείου Πληθυσμού και Μετανάστευσης στην οποία να αναγράφεται το αναγνωρισμένο καθεστώς πρόσφυγα ή συμπληρωματικής προστασίας.
- Για άτομα, τα οποία διαμένουν σε Στέγη Ευγηρίας / Κέντρο Αποκατάστασης, υποβολή ειδικού εντύπου δήλωσης από συγγενικό πρόσωπο του / της αιτητή/τριας ότι η υποβολή της αίτησης είναι εις γνώση του.

Για την εξέταση της αίτησης εάν η αξιολόγηση της λειτουργικότητας είναι επιθυμητή χρειάζεται η συμπλήρωση των πιο κάτω επιπρόσθετων εντύπων :

- Πρόσφατη πρωτότυπη αναφορά θεράποντα επαγγελματία αποκατάστασης (εάν παρακολουθείστε από επαγγελματία αποκατάστασης, στο καθορισμένο έντυπο του Τμήματος)
- Έντυπο Γενικών Πληροφοριών (θα συμπληρωθεί με τη βοήθεια Λειτουργού του Τμήματος είτε σε προσωπική συνέντευξη μαζί σας, είτε με τηλεφωνική επικοινωνία)

Οι συμπληρωμένες αιτήσεις μαζί με τα απαραίτητα πιστοποιητικά μπορούν:

<p>Να παραδίδονται:</p>	<p>Τμήμα Κοινωνικής Ενσωμάτωσης Ατόμων με Αναπηρίες Λεωφ. Αρχιεπισκόπου Μακαρίου III, αρ. 67, Λατσία</p> <p>ή</p> <p>Κέντρο Αξιολόγησης Αναπηρίας Λεμεσού Αποστόλου Ανδρέα 11, Hyper Tower, Καταστ. 1, 4007 Μέσα Γειτονιά, Λεμεσός</p> <p>ή</p> <p>Κέντρο Αξιολόγησης Αναπηρίας Λάρνακας Ακροπόλεως 25 &amp; Χανίων, 7000 Μενεού, Λάρνακα</p>
<p>Να αποστέλλονται ταχυδρομικώς:</p>	<p>Τμήμα Κοινωνικής Ενσωμάτωσης Ατόμων με Αναπηρίες, 1430 Λευκωσία ή Τ.Θ. 12833, 2253 Λατσία</p> <p>ή</p> <p>Κέντρο Αξιολόγησης Αναπηρίας Λεμεσού, Τ.Θ. 70801, 3803 Λεμεσός</p> <p>ή</p> <p>Κέντρο Αξιολόγησης Αναπηρίας Λάρνακας, Τ.Θ. 43241, 7565 Κίτι, Λάρνακα</p>