



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**



**Εθνικός
Οργανισμός
Παροχής
Υπηρεσιών
Υγείας**

www.eopyy.gov.gr

**ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΥΜΒΑΣΕΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΣΥΜΒΑΣΕΩΝ ΠΑΡΟΧΩΝ Δ.Φ.Υ**

Πληροφορίες: Φ. Λαζαράκου

Τηλ.: 2144108122

Ταχ. Δ/ση: Απ. Παύλου 10β, τ.κ.15123 Μαρούσι

E-mail: d9.t2@eopyy.gov.gr

Μαρούσι, 15/12/2021

Αρ. Πρωτ.: ΔΑ2/ΜΚΦ 34/οικ.32890

**ΠΡΟΣ:
Πίνακας Αποδεκτών**

Κοινοποίηση:

1. Υπουργείο Εργασίας & Κοινωνικών Υποθέσεων – Διεύθυνση Πολιτικών Ατόμων με Αναπηρία (ΑμεΑ)
2. Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία
3. Πανελλήνια Ομοσπονδία Σωματείων Γονέων & Κηδεμόνων

Θέμα: «Πρόσκληση ενδιαφέροντος για σύναψη σύμβασης με Στέγες Υποστηριζόμενης Διαβίωσης Ατόμων με Αναπηρίες – Νέο Συμβατικό Πλαίσιο»

Με την υπ.αριθμ.751/Συν.796/07.10.2021 Απόφαση του Δ.Σ. του ΕΟΠΥΥ, εγκρίθηκε κατόπιν συμφωνίας διαπραγμάτευσης από την Επιτροπή Διαπραγμάτευσης, το **νέο** σχέδιο σύμβασης με Στέγες Υποστηριζόμενης Διαβίωσης (Σ.Υ.Δ). Προκειμένου να υπογραφούν οι συμβάσεις των Στεγών Υποστηριζόμενης Διαβίωσης σύμφωνα με το νέο συμβατικό πλαίσιο, παρακαλούμε για τα ακόλουθα:

Όλες οι **συμβεβλημένες με τον ΕΟΠΥΥ Στέγες Υποστηριζόμενης Διαβίωσης** που έχουν συνάψει σύμβαση για την **παροχή υποστηριζόμενης διαβίωσης**, καλούνται να υποβάλλουν **αίτηση** και να υπογράψουν το **νέο σχέδιο σύμβασης**, υποβάλλοντας παράλληλα και τα απαραίτητα δικαιολογητικά.

Οι **νέοι πάροχοι** Στεγών Υποστηριζόμενης Διαβίωσης που επιθυμούν να συμβληθούν **για πρώτη φορά με τον ΕΟΠΥΥ** θα ακολουθήσουν την ίδια διαδικασία.

Τα δικαιολογητικά που απαιτούνται είναι τα ακόλουθα:

1. Αίτηση (σύμφωνα με το επισυναπτόμενο υπόδειγμα)
2. Άδεια Ίδρυσης και Λειτουργίας
3. Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας
4. Βεβαίωση καλής λειτουργίας ή έκθεση αξιολόγησης της οικείας Περιφέρειας
5. Δικαιολογητικά Σύστασης ανάλογα με τη νομική μορφή:
 - α. Καταστατικό του Φορέα και Βεβαίωση ΓΕΜΗ
 - β. ΦΕΚ σύστασης

- γ. ΦΕΚ εκπροσώπησης ή πρακτικό ορισμού του νόμιμου εκπροσώπου
- δ. Έναρξη επιτηδεύματος (σε περίπτωση ατομικής επιχείρησης)
- 5. Επίσημη Κατάσταση Εργαζομένων της Επιθεώρησης Εργασίας και του εν γένει προσωπικού της
- 6. Βεβαίωση από την εφορία για την απαλλαγή της παρακράτησης φόρου κατά την παροχή υπηρεσιών της Σ.Υ.Δ προς τον ΕΟΠΥΥ (ν.4172/2013, ΠΟΛ.1120/2014)
- 7. Υπεύθυνες Δηλώσεις του νόμιμου εκπροσώπου (σύμφωνα με επισυναπτόμενα υποδείγματα)
- 8. Ειδική Πιστοποίηση Φορέων (& ανανέωση πιστοποίησης) Ν.Π.Ι.Δ ως φορέας παροχής υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας (ΦΕΚ)

Το φυσικό αρχείο θα αποσταλεί σε σφραγισμένο φάκελο στην Κεντρική Υπηρεσία του ΕΟΠΥΥ και συγκεκριμένα:

ΕΟΠΥΥ

Διεύθυνση Συμβάσεων – Τμήμα Συμβάσεων Παρόχων Δ.Φ.Υ , Απ. Παύλου 12 – Μαρούσι – τ.κ. 15123

και με την ένδειξη: «ΓΙΑ ΣΥΝΑΨΗ ΣΥΜΒΑΣΗΣ ΣΤΕΓΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΖΟΜΕΝΗΣ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ»

Η αποστολή του φυσικού αρχείου στην Κεντρική Υπηρεσία του ΕΟΠΥΥ, θα πρέπει να έχει ολοκληρωθεί **εντός 30 ημερών** από την ημερομηνία ανάρτησης της παρούσας πρόσκλησης ενδιαφέροντος.

Ο ΕΟΠΥΥ, για τις Στέγες Υποστηριζόμενης Διαβίωσης που είναι συμβεβλημένες μέχρι σήμερα με τον Οργανισμό και δεν δηλώσουν ενδιαφέρον στο ανωτέρω αναφερόμενο χρονικό διάστημα, θα προβεί στην καταγγελία της σύμβασής τους.

Για πληροφορίες : τηλ. 2144108122, email: d9.t2@eopyy.gov.gr

	Η Διοικήτρια Θ. Καρποδίνη
--	----------------------------------

ΣΥΜΒΑΣΗ ΣΤΕΓΩΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΖΟΜΕΝΗΣ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ

ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ Σ.Υ.Δ	
ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΦΟΡΕΑ (ΕΔΡΑΣ)	Αναγράφεται η ακριβής επωνυμία του Φορέα που ανήκει η Σ.Υ.Δ
ΕΠΩΝΥΜΙΑ Σ.Υ.Δ	Αναγράφεται η ακριβής επωνυμία της Σ.Υ.Δ (ακόμα και εάν συμπίπτει με την επωνυμία του Φορέα)
ΔΙΑΚΡΙΤΙΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ Σ.Υ.Δ	Αναγράφεται ο διακριτικός τίτλος της Σ.Υ.Δ (εφόσον υπάρχει)
ΔΥΝΑΜΙΚΟΤΗΤΑ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΔΕΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ	Αναγράφεται η δυναμικότητα όπως προκύπτει από την άδεια λειτουργίας
ΑΦΜ	Αναγράφεται το ΑΦΜ της Σ.Υ.Δ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	Αναγράφεται η ταχυδρομική διεύθυνση που βρίσκεται η Σ.Υ.Δ
ΠΟΛΗ	Αναγράφεται η πόλη στην οποία βρίσκεται η Σ.Υ.Δ
ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	Αναγράφεται το τηλέφωνο επικοινωνίας της Σ.Υ.Δ
EMAIL	Αναγράφεται η ηλεκτρονική διεύθυνση του Υπεύθυνου Λειτουργίας /Διευθυντή της Σ.Υ.Δ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ	
ΟΝΟΜΑ	Αναγράφεται το όνομα του νόμιμου εκπροσώπου της Σ.Υ.Δ
ΕΠΩΝΥΜΟ	Αναγράφεται το επώνυμο του νόμιμου εκπροσώπου της Σ.Υ.Δ
ΑΡ.ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ	Αναγράφεται ο αριθμός αστυνομικού δελτίου ταυτότητας του νόμιμου εκπροσώπου της Σ.Υ.Δ
ΑΦΜ	Αναγράφεται το ΑΦΜ του νόμιμου εκπροσώπου
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	Αναγράφεται η ταχυδρομική διεύθυνση κατοικίας του νόμιμου εκπροσώπου
ΠΟΛΗ	Αναγράφεται η πόλη στην οποία κατοικεί ο νόμιμος εκπρόσωπος
ΤΗΛ.ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	Αναγράφεται το τηλέφωνο επικοινωνίας του νόμιμου εκπροσώπου
EMAIL	Αναγράφεται η ηλεκτρονική διεύθυνση του νόμιμου εκπροσώπου

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Η αίτηση συμπληρώνεται και υπογράφεται από το νόμιμο εκπρόσωπο και σφραγίζεται με τη σφραγίδα της Σ.Υ.Δ

ΣΥΜΒΑΣΗ ΣΤΕΓΩΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΖΟΜΕΝΗΣ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ

ΟΔΗΓΙΕΣ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ

Δικαιολογητικά Αίτησης Στέγης Υποστηριζόμενης Διαβίωσης	
Άδεια Ίδρυσης & Λειτουργίας	Υποβάλλεται η άδεια ίδρυσης & λειτουργίας της Σ.Υ.Δ
Βεβαίωση καλής λειτουργίας ή Έκθεση Αξιολόγησης	Υποβάλλεται η βεβαίωση καλής λειτουργίας της Σ.Υ.Δ ή η Έκθεση Αξιολόγησης
Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας	Υποβάλλεται ο εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας της Σ.Υ.Δ
Επίσημο Πίνακα Προσωπικού	Υποβάλλεται το ΕΝΤΥΠΟ 4 του Σ.ΕΠ.Ε και του εν γένει προσωπικού της
Δικαιολογητικά Σύστασης ανάλογα με τη νομική μορφή:	Υποβάλλονται τα δικαιολογητικά σύστασης της Φορέα, ανάλογα με τη νομική μορφή
α. Καταστατικό της Εταιρείας και Βεβαίωση ΓΕΜΗ	Υποβάλλεται το καταστατικό του Φορέα και βεβαίωση ΓΕΜΗ (όπου προβλέπεται)
β. ΦΕΚ σύστασης	Υποβάλλεται το ΦΕΚ σύστασης (όπου προβλέπεται)
γ. ΦΕΚ εκπροσώπησης ή πρακτικό ορισμού του νόμιμου εκπροσώπου	Υποβάλλεται το ΦΕΚ εκπροσώπησης (όπου υπάρχει) ή πρακτικό ορισμού του νόμιμου εκπροσώπου
δ. Έναρξη επιτηδεύματος	Υποβάλλεται η έναρξη επιτηδεύματος (σε περίπτωση Ατομικής Επιχείρησης)
Υπεύθυνες Δηλώσεις του νόμιμου εκπροσώπου	Υποβάλλονται Υπεύθυνες Δηλώσεις (σύμφωνα με τα υποδείγματα) με το γνήσιο της υπογραφής του νόμιμου εκπροσώπου
Ειδική Πιστοποίηση Παροχής Υπηρεσιών Κοινωνικής Φροντίδας	ΦΕΚ πιστοποίησης ή/και ανανέωσης ειδικής πιστοποίησης Ν.Π.Ι.Δ ως φορέα παροχής κοινωνικής φροντίδας

Σημείωση: Σε περίπτωση ύπαρξης ενός ΑΦΜ με πλέον της μιας Στέγης Υποστηριζόμενης Διαβίωσης, θα υποβληθεί ξεχωριστή αίτηση για κάθε μια Στέγη Υποστηριζόμενης Διαβίωσης.

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΝΑΨΗΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ ΣΤΕΓΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΖΟΜΕΝΗΣ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ

Προς: Ε.Ο.Π.Υ.Υ
Α.Π.:

Η κάτωθι Στέγη Υποστηριζόμενης Διαβίωσης (Σ.Υ.Δ) :

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΔ			
ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΦΟΡΕΑ			
ΔΙΑΚΡΙΤΙΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ Σ.Υ.Δ			
ΔΥΝΑΜΙΚΟΤΗΤΑ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΔΕΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ			
ΑΦΜ		Δ.Ο.Υ	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ			
ΠΟΛΗ	ΤΚ	ΝΟΜΟΣ	
ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ			
EMAIL			

που εκπροσωπείται νόμιμα από:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ			
ΟΝΟΜΑ			
ΕΠΩΝΥΜΟ			
Αρ. ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ			
ΑΦΜ		Δ.Ο.Υ	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ			
ΠΟΛΗ	ΤΚ	ΝΟΜΟΣ	
ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ			
EMAIL			

προκειμένου να συνάψει σύμβαση με τον ΕΟΠΥΥ, υποβάλλει συνημμένα τα κάτωθι:

- Άδεια Ίδρυσης (σχετικό ΦΕΚ)
- Άδεια Λειτουργίας (σχετικό ΦΕΚ)
- Βεβαίωση καλής λειτουργίας ή έκθεση αξιολόγησης
- Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας
- Επίσημο Κατάσταση Εργαζομένων της Επιθεώρησης Εργασίας & του εν γένει προσωπικού

- Δικαιολογητικά σύστασης ανάλογα με τη νομική μορφή:
 - Καταστατικό του Φορέα & Βεβαίωση ΓΕΜΗ
 - ΦΕΚ σύστασης
 - ΦΕΚ εκπροσώπησης ή πρακτικό ορισμού του νόμιμου εκπροσώπου
 - Έναρξη επιτηδεύματος

- ΦΕΚ εκπροσώπησης ή πρακτικό ορισμού του νόμιμου εκπροσώπου
- Υ/Δ του νόμιμου εκπροσώπου για τη σύνθεση της διεπιστημονικής ομάδας & τις παρεχόμενες υπηρεσίες
- Υ/Δ του νόμιμου εκπροσώπου του ιδίου
- Υ/Δ του νόμιμου εκπροσώπου στην οποία να δηλώνει ότι, δεν λαμβάνει επιχορήγηση, χρηματοδότηση από κοινοτικούς πόρους
- ΦΕΚ ειδικής πιστοποίησης ή/και ανανέωσης ειδικής πιστοποίησης Ν.Π.Ι.Δ ως φορέα παροχής κοινωνικής φροντίδας
- Βεβαίωση από την εφορία για την απαλλαγή της παρακράτησης φόρου κατά την παροχή υπηρεσιών της ΣΥΔ προς τον ΕΟΠΥΥ. (Ν.4172/2013, ΠΟΛ 1120/2014)

Ημερομηνία:/...../.....

Ο – Η Δηλ.

(Υπογραφή και Σφραγίδα)



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8, παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :	Ε.Ο.Π.Υ.Υ						
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:	TK:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (E-mail):			

Ο κάτωθι υπογράφων με στοιχεία:

ΦΥΛΟ ΑΡΡΕΝ ΘΗΛΥ

ΑΦΜ ΑΜΚΑ.....

ΣΤΑΘ. ΤΗΛ..... ΚΙΝ. ΤΗΛ.....

ως νόμιμος εκπρόσωπος της Σ.Υ.Δ

με την επωνυμία:.....

Διακριτικό Τίτλο:

ΑΦΜ:..... ΔΟΥ:..... Δ/ΝΣΗ:..... ΑΡΙΘΜΟΣ:.....

Τ.Κ.:..... ΠΟΛΗ:..... ΤΗΛ:.....

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις⁽³⁾, που προβλέπονται από της διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

- Βεβαιώνω ότι τα ανωτέρω στοιχεία είναι ακριβή και αληθή
- Δεν έχω καταδικαστεί τελεσίδικα για κάποιο από τα αδικήματα κλοπής, υπεξαίρεσης (κοινή και στην υπηρεσία), απάτης, εκβίασης, πλαστογραφίας, δωροδοκίας, απιστίας περί την υπηρεσία, παράβασης καθήκοντος, καθ' υποτροπή συκοφαντική δυσφήμιση, καθώς και για οποιοδήποτε έγκλημα κατά της γενετήσιας ελευθερίας ή έγκλημα κατά της γενετήσιας ελευθερίας ή έγκλημα κατά της γενετήσιας ζωής. Επίσης δεν τελώ υπό στερητική δικαστική συμπαράσταση (πλήρη ή μερική), υπό επικουρική δικαστική συμπαράσταση (πλήρη ή μερική) και υπό τις δυο καταστάσεις.
- Δεν έχει εκδοθεί σε βάρος μου, αμετάκλητη καταδικαστική απόφαση, που περιέρχεται σε γνώση του ΕΟΠΥΥ με οποιοδήποτε τρόπο και αφορά στα παρακάτω αδικήματα, ήτοι : ι) συμμετοχή σε εγκληματική οργάνωση, ιι) δωροδοκία, ιιι) απάτη, ιιιι) νομιμοποίηση εσόδων από παράνομες δραστηριότητες.
- Δεν τελώ υπό πτώχευση, εκκαθάριση ή αναγκαστική διαχείριση ή σε οποιαδήποτε ανάλογη κατάσταση που προβλέπεται από τις διατάξεις της ελληνικής νομοθεσίας.
- Δεν κινήθηκε εναντίον μου διαδικασία κήρυξης σε πτώχευση, εκκαθάριση, ή έκδοσης απόφασης αναγκαστικής διαχείρισης ή οποιαδήποτε άλλη ανάλογη διαδικασία προβλεπόμενη από την κείμενη νομοθεσία.
- Δεν έχω καταδικαστεί με τελεσίδικη δικαστική απόφαση για αδίκημα που αφορά την επαγγελματική διαγωγή μου.
- Βεβαιώνω ότι δεν έχω διαπράξει συναφές με το αντικείμενο της σύμβασης, επαγγελματικό παράπτωμα που μπορεί να διαπιστωθεί με οποιοδήποτε μέσο από τον ΕΟΠΥΥ.
- Βεβαιώνω ότι έχω εκπληρώσει τις υποχρεώσεις μου ή έχω τεθεί σε καθεστώς ρύθμισης σχετικά με την καταβολή των εισφορών κοινωνικής ασφάλισης, σύμφωνα με την ελληνική νομοθεσία, και τις υποχρεώσεις μου σχετικά με την πληρωμή των φόρων και τελών, σύμφωνα με την ελληνική νομοθεσία.
- Βεβαιώνω ότι δεν έχω κηρυχθεί έκπτωτος από σύμβαση προμηθειών ή υπηρεσιών του δημοσίου, ότι δεν έχω τιμωρηθεί με αποκλεισμό από διαγωνισμούς προμηθειών ή υπηρεσιών του δημοσίου τομέα.
- Ο/οι νόμιμοι/οι εκπρόσωποι/οι ασκούντες διοίκηση δεν έχει/έχουν αμετάκλητες καταδικαστικές αποφάσεις σύμφωνα με τα άρθρα 68 και 153 του ν.4281/2014 (Α 160) και δεν του/τους έχει επιβληθεί οποιαδήποτε ποινή για οικονομικά εγκλήματα.
- Αποδέχομαι την ανάρτηση των στοιχείων της ΣΥΔ (επωνυμία, δ/ση έδρας, τηλέφωνο(κ.λπ.) στα ειδικά πληροφοριακά έντυπα και στο site του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.
- Αποδέχομαι την παροχή υπηρεσιών υποστηριζόμενης διαβίωσης στους δικαιούχους του ΕΟΠΥΥ σύμφωνα με τις συμβάσεις παροχής υπηρεσιών υποστηριζόμενης διαβίωσης από ΣΥΔ, που υπεγράφη μεταξύ του ΕΟΠΥΥ και της ΣΥΔ,
- Οι παρεχόμενες υπηρεσίες είναι σύμφωνα με την άδεια ίδρυσης και λειτουργίας της , όπως αυτή έχει εκδοθεί από την οικεία Διεύθυνση της Περιφέρειας και με βάση την κείμενη νομοθεσία.

- δεν έχει επιβληθεί στη ΣΥΔ ποινή διακοπής ή καταγγελίας σύμβασης έστω από έναν από τους εντασσόμενους στον ΕΟΠΥΥ φορείς, ή από τον ΕΟΠΥΥ
- δεν έχει επιβληθεί πρόστιμο στη ΣΥΔ από τον ΕΟΠΥΥ.
- έχει επιβληθεί πρόστιμο στη ΣΥΔ από τον ΕΟΠΥΥ και έχει εξοφληθεί
δεν έχει εξοφληθεί

Ημερομηνία: .././20...

Ο – Η Δηλών

(Υπογραφή)

- 1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.
- 2) Αναγράφεται ολογράφως.
- 3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.
- 4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.

Ο – Η Δηλών
(Υπογραφή)



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8, παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :	Ε.Ο.Π.Υ.Υ						
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:	TK:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (E-mail):			

Ο κάτωθι υπογράφων με στοιχεία:

ΦΥΛΟ ΑΡΡΕΝ ΘΗΛΥ

ΑΦΜ ΑΜΚΑ.....

ΣΤΑΘ. ΤΗΛ..... ΚΙΝ. ΤΗΛ.....

ως νόμιμος εκπρόσωπος της Σ.Υ.Δ

με την επωνυμία:.....

Διακριτικό Τίτλο:.....

ΑΦΜ:..... ΔΟΥ:..... Δ/ΝΣΗ:..... ΑΡΙΘΜΟΣ:.....

Τ.Κ.:..... ΠΟΛΗ:..... ΤΗΛ:.....

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις⁽³⁾, που προβλέπονται από της διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

Ο Φορές δεν λαμβάνει επιχορήγηση – χρηματοδότηση για το ίδιο φυσικό αντικείμενο για τον δικαιούχο/ους, που θα περιλαμβάνονται στην υποβολή δαπανών δια της παρούσης σύμβασης για την ανωτέρω αναφερόμενη Σ.Υ.Δ, από κοινοτικούς πόρους.

Ημερομηνία:/..20...

Ο – Η Δηλών
(Υπογραφή)

- 1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.
- 2) Αναγράφεται ολογράφως.
- 3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.
- 4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
(άρθρο 8 Ν. 1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8, παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :	Ε.Ο.Π.Υ.Υ						
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:	ΤΚ:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (E-mail):			

Ο κάτωθι υπογράφων με στοιχεία:

ΦΥΛΟ ΑΡΡΕΝ ΘΗΛΥ

ΑΦΜ ΑΜΚΑ.....

ΣΤΑΘ.ΤΗΛ..... ΚΙΝ. ΤΗΛ.....

ως νόμιμος εκπρόσωπος της Σ.Υ.Δ

με την επωνυμία:

Διακριτικό Τίτλο:

ΑΦΜ:..... ΔΟΥ:..... Δ/ΝΣΗ:..... ΑΡΙΘΜΟΣ:.....

Τ.Κ.:..... ΠΟΛΗ:..... ΤΗΛ:.....

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις⁽³⁾, που προβλέπονται από της διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

Ο Φορέας δεν λαμβάνει επιχορήγηση – χρηματοδότηση για το ίδιο φυσικό αντικείμενο για τον δικαιούχο/ους, που θα περιλαμβάνονται στην υποβολή δαπανών δια της παρούσης σύμβασης για την ανωτέρω αναφερόμενη Σ.Υ.Δ, από κοινοτικούς πόρους.

Ημερομηνία:/20...

Ο – Η Δηλών
(Υπογραφή)

- 1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.
- 2) Αναγράφεται ολογράφως.
- 3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.
- 4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.