

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΒΟΛΗ ΑΞΙΑΣ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗΣ VOUCHER

ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ

1. Αξία τοποθέτησης voucher σε αρχείο pdf (**επισυνάπτεται υπόδειγμα**).
2. Κατάσταση υγείας του παιδιού, συμπληρωμένη απαραίτητως από παιδίατρο (το έντυπο χορηγείται από το γραφείο του Οργανισμού ή μπορείτε να το αντλήσετε από την ιστοσελίδα μας ή από τα Χρήσιμα έγγραφα της ηλεκτρονικής πλατφόρμας)(Οι γονείς που είχαν υποβάλει αίτηση μοριοδότησης έως 31/5/2023, μπορούν να ανεβάσουν στην εφαρμογή το ίδιο έγκυρο συμπληρωμένο, υπογεγραμμένο και σφραγισμένο έντυπο από την/τον παιδίατρο)(**επισυνάπτεται**).
3. Φωτοαντίγραφο από το βιβλιário υγείας του παιδιού (ΜΟΝΟ τα στοιχεία και τα εμβόλια) (**επισυνάπτεται υπόδειγμα**).
4. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης (τελευταίου 6μήνου), όπου θα εμφανίζεται απαραίτητως το παιδί, για το οποίο γίνεται η αίτηση)(Οι γονείς που είχαν υποβάλει αίτηση μοριοδότησης έως 31/5/2023, μπορούν να ανεβάσουν στην εφαρμογή το ίδιο).

ΠΡΟΣΟΧΗ!!!! Υποβολές στην εφαρμογή που δεν θα έχουν την αξία τοποθέτησης (voucher) σε μορφή pdf θα απορρίπτονται!

Επικοινωνία-Πληροφορίες

Τηλέφωνο: 22860 31075 από τις 11:00 έως τις 14:00

E-mail: okmp@1353.syzefxis.gov.gr

Site: www.okmp.gr

Παρακάτω σας παραθέτουμε τα υποδείγματα!

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΑΞΙΑΣ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗΣ VOUCHER:



Δράση "Πρώθηση και υποστήριξη παιδιών για την ένταξή τους στην προσχολική εκπαίδευση καθώς και για την πρόσβαση παιδιών σχολικής ηλικίας, εφήβων και ατόμων με αναπηρία, σε υπηρεσίες δημιουργικής απασχόλησης"

ΑΞΙΑ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗΣ (VOUCHER)

Αριθμός Voucher: **[REDACTED]**


Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου-Π.Π.

ΚΩΔ. ΑΡ. ΗΛ. ΑΙΤΗΣΗΣ	[REDACTED]	ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ	10045/2.0.2022	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	15.09.2022
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ/ΗΣ	[REDACTED]				
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ/ΗΣ	[REDACTED]				
ΑΦΜ ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ/ΗΣ	[REDACTED]				
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΟΜΩΝ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗΣ ΤΕΚΝΟΥ	ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ				
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΔΟΜΗΣ	A2, B2 (ΝΗΠΙΑ)	ΑΝΩΤΑΤΗ ΤΙΜΗ ΘΕΣΗΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ	2,612.00 €		

Το παρόν είναι αυστηρά προσωπικό και απαγορεύεται η με οποιονδήποτε τρόπο μεταβίβασή του σε τρίτους.

Με το παρόν ο/η νόμιμος εκπρόσωπος απαλλάσσεται από κάθε δαπάνη σχετική με τη φιλοξενία του τέκνου της/του στη δομή, κατά τα αναφερόμενα στην πρόσκληση **10045/2.0.2022**.

Ο ΔΙΕΥΘΥΝΩΝ ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ


[REDACTED]



Με τη συγχρηματοδότηση
της Ευρωπαϊκής Ένωσης





ΝΠΔΔ «ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ ΚΑΙ ΠΑΙΔΕΙΑΣ»
ΔΗΜΟΥ ΘΗΡΑΣ

ΤΘ 497 ΚΑΡΤΕΡΑΔΟΣ
ΘΗΡΑ 84700
ΤΗΛ.:22860 33829, 22860 31075
okmp@1353.syzefxis.gov.gr
www.okmp.gr

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ (Να συμπληρωθεί από Παιδιάτρο)

Όνοματεπώνυμο:.....
Ημερομηνία γέννησης:.....
Βάρος σώματος:.....
Χρόνιο νόσημα:.....
Αλλεργικές εκδηλώσεις (Φάρμακα, τροφές, κλπ.):.....
.....
.....

Ανάπτυξη:.....
.....

Εξέταση κατά συστήματα:
.....
.....

Έλλειψη G6PD

ΝΑΙ **ΟΧΙ**

Επεισόδιο σπασμών:

ΝΑΙ **ΟΧΙ**

Εάν ναι,
αιτία:.....
.....

Υπάρχουν φάρμακα που δεν πρέπει να παίρνει
.....
.....

Άλλες παρατηρήσεις:
.....
.....

Ο/Η _____
είναι πλήρως εμβολιασμένος/-η για την ηλικία του και υγιής. Μπορεί να φιλοξενηθεί σε παιδικό σταθμό και να _____ συμμετέχει στις επιτηρούμενες δραστηριότητες του σταθμού (π.χ. μουσικοκινητική, γυμναστικές ασκήσεις).

Ημερομηνία .../.../2023

Ο ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ

(υπογραφή – σφραγίδα)

**Φωτοαντίγραφο από το βιβλιάριο υγείας του παιδιού
ΜΟΝΟ τα στοιχεία και τα εμβόλια**

ΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΙΔΙΟΥ:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΙΔΙΟΥ

Φωτοαντίγραφο από το βιβλιάριο υγείας του παιδιού
ΜΟΝΟ τα στοιχεία και τα εμβόλια!

ΑΓΟΡΙ ΚΟΡΙΤΣΙ ΑΜΚΑ

ΕΠΙΘΕΤΟ
SURNAME
ΟΝΟΜΑ
NAME
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ/ DATE OF BIRTH
ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ/ PLACE OF BIRTH

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ
FATHER'S NAME - SURNAME
Ημερομηνία Γέννησης Τόπος Γέννησης
Εθνικότητα
Επάγγελμα Ασφάλιση

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΜΗΤΕΡΑΣ
MOTHER'S NAME - SURNAME
Ημερομηνία Γέννησης Τόπος Γέννησης
Εθνικότητα
Επάγγελμα Ασφάλιση

ΑΔΕΡΦΙΑ (Όνοματεπώνυμο, φύλο, ημερομηνία γέννησης)

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ/ HOME ADDRESS

ΤΗΛΕΦΩΝΟ/ TELEPHONE NUMBER

6 7

ΤΑ ΕΜΒΟΛΙΑ (ΗΜΕΡΟΛΟΓΙΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΩΝ):

	ΗΜΕΡΟΛΟΓΙΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΩΝ			ΗΜΕΡΟΛΟΓΙΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΩΝ			
	1	2	3	4	5	1	2
Διφθερίαιδες-Τετάνου-Κοκοίτη (Diphtheria-Tetanus-Pertussis) [<7 ετών, DTap] (παιδικής ηλικίας) ≥7 ετών, Tdap/Td (τύπου ενηλίκου)							
Πολιομελελίτιδος (Polio) [IPV]							
Αιμόφουλου ανθρακίνης b (Haemophilus influenzae b) [Hib]							
Ηπατίτιδας B (Hepatitis B) [HepB]							
Πνευμονόκοκκου, συζυγμένου (Pneumococcal conjugate) [PCV]							
Μηνιγγιτιδόκοκκου C, συζυγμένου (Meningococcal C conjugate) [MCc]							

Και την επόμενη σελίδα με τα εμβόλια:

ΗΜΕΡΟΛΟΓΙΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΩΝ ΚΑΙ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑΣ ΜΑΝΤΟΥ – ΗΜΕΡΟΛΟΓΙΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΩΝ- Άλλα εμβόλια

ΗΜΕΡΟΛΟΓΙΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΩΝ ΚΑΙ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑΣ ΜΑΝΤΟΥ				ΗΜΕΡΟΛΟΓΙΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΩΝ			
Φυματινική δοκιμασία Μαντουχ (Tuberculin test)				Άλλα εμβόλια			
Εμβόλια για παιδιά σε αυξημένο κίνδυνο νόσου ή επιπλοκών							
Φυματίωσης (Tuberculosis) [BCG]				Άλλο (Other)			
Γρίπης (Influenza) [INFLI]				Άλλο (Other)			
Πνευμονόκοκκου, 23-όσων, πολυσακχαριδικό (Pneumococcal 23-valent polysaccharide) [PPSV23]				Άλλο (Other)			
Άλλα εμβόλια				ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ			
Ροταϊού (Rotavirus) [RV]							