

## Έντυπο Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος

Κάθε ενδιαφερόμενος που επιθυμεί να εγγραφεί σε υπηρεσίες της Περιφέρειας είναι απαραίτητο να συμπληρώσει αρχικά τα δημογραφικά του στοιχεία και τα στοιχεία ενός πλησιέστερου συγγενή.

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΗΛΟΥΝΤΟΣ – ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΥ

#### A. Δημογραφικά στοιχεία

Επώνυμο: .....	Όνομα: .....	Όν. Πατρός .....
Όν. Μητρός: .....	Ημ/νια Γέννησης: .....	Φύλο: .....
Αρ. Ταυτότητας: .....	ΑΜΚΑ: .....	ΑΦΜ: .....
Νομός Κατοικίας: .....	Δήμος Κατοικίας: .....	Χωριό/ Πόλη Κατοικίας: .....
Διεύθυνση Κατοικίας: .....	Τ.Κ.: .....	Τηλέφωνο Σταθερό: .....
Τηλέφωνο Κινητό: .....		

<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>		
<input type="checkbox"/> Έγγαμος	<input type="checkbox"/> Άγαμος	<input type="checkbox"/> Διαζευγμένος
<input type="checkbox"/> Σε χηρεία	Συνολ. αριθ. τέκνων: .....	Αριθ. ανήλικων τέκνων: .....

#### B1. Στοιχεία πλησιέστερου συγγενή

Επώνυμο: .....	Όνομα: .....	Όν. Πατρός: .....
Διεύθυνση: .....	Πόλη: .....	Ιδιότητα: .....
Τηλέφωνο Σταθερό: .....	Τηλέφωνο Κινητό: .....	

**B2. Στοιχεία δεύτερου ατόμου επικοινωνίας (προαιρετικό)**

Επώνυμο: -----	Όνομα: -----	Όν. Πατρός: -----
Διεύθυνση: -----	Πόλη: -----	Ιδιότητα: -----
Τηλέφωνο Σταθερό: -----	Τηλέφωνο Κινητό: -----	

**Γ. Ιατρικό Ιστορικό**

<b>Πάσχετε από κάποια χρόνια νόσο;</b>	
<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
<b>Αν ναι, παρακαλώ διευκρινίστε:</b>	
<input type="checkbox"/> Απώλεια ή σημαντική μείωση της όρασης Παρακαλώ διευκρινίστε: -----	
<input type="checkbox"/> Έμφραγμα μυοκαρδίου	
<input type="checkbox"/> Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ή χρόνιες συνέπειες παλαιού εγκεφαλικού	
<input type="checkbox"/> Σακχαρώδης διαβήτης	
<input type="checkbox"/> Καρδιαγγειακά νοσήματα	
<input type="checkbox"/> Υπέρταση	
<input type="checkbox"/> Ίλιγγος	
<input type="checkbox"/> Νεοπλάσματα/ Κακοηθή νεοπλάσματα- Καρκίνος Παρακαλώ διευκρινίστε την κατάσταση: <input type="checkbox"/> Ενεργός <input type="checkbox"/> Σε ύφεση Παρακαλώ διευκρινίστε το είδος: -----	
<input type="checkbox"/> Ψυχικές διαταραχές Παρακαλώ διευκρινίστε: <input type="checkbox"/> Κατάθλιψη	
<b>Άλλο:</b> -----	

**Νοσήματα του νευρικού συστήματος/ Νευρολογικές παθήσεις**

Παρακαλώ διευκρινίστε:

**Νόσος του Parkinson**

**Νόσος Alzheimer**

**Άνοια**

Παρακαλώ διευκρινίστε:  **Ήπια άνοια**  **Μέτρια άνοια**  **Σοβαρή άνοια**

**Άλλο:** .....

**Παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος**

Παρακαλώ διευκρινίστε:

**Άσθμα**

**ΧΑΠ (Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια)**

**Άλλο:** .....

**Παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος**

Παρακαλώ διευκρινίστε: .....

**Έχετε υποβληθεί σε επεμβάσεις ολικής αρθροπλαστικής; (π.χ. αντικατάσταση γόνατος)**

**ΝΑΙ**

**ΟΧΙ**

**Αντιμετωπίζετε κινητικά προβλήματα;**

**ΝΑΙ**

**ΟΧΙ**

**Αν ναι, παρακαλώ διευκρινίστε:** .....

**Διατρέχετε κίνδυνο πτώσης;**

**ΝΑΙ**

**ΟΧΙ**

**Αν ναι, παρακαλώ διευκρινίστε τη συχνότητα:**

**Δύο ή περισσότερες πτώσεις τις τελευταίες 30 μέρες**

**Μία πτώση τις τελευταίες 30 μέρες**

**Μία πτώση τις τελευταίες 90 μέρες**

**Αντιμετωπίζετε προβλήματα ισορροπίας/ ζάλης/ αστάθειας;**

ΝΑΙ

ΟΧΙ

**Αν ναι, παρακαλώ διευκρινίστε τη συχνότητα εκδήλωσης:**

Δύο ή περισσότερες φορές τις τελευταίες 30 μέρες

Μία φορά τις τελευταίες 30 μέρες

Μία φορά τις τελευταίες 90 μέρες

**Πόσο σας απασχολεί η πιθανότητα να πέσετε; Παρακαλώ να απαντήσετε βάσει του τρόπου με τον οποίο συνήθως κάνετε την κάθε δραστηριότητα.**

	Δε με απασχολεί καθόλου (1)	Με απασχολεί λίγο (2)	Με απασχολεί αρκετά (3)	Με απασχολεί πολύ (4)
Όταν ντύνομαι ή γδύνομαι	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Όταν κάνω μπάνιο ή ντους	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Όταν κάθομαι ή σηκώνομαι από μια καρέκλα	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Όταν ανεβαίνω ή κατεβαίνω σκάλες	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Όταν προσπαθώ να φτάσω κάτι που βρίσκεται ψηλά (π.χ. ράφι) ή στο έδαφος	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Όταν περπατάω σε ανηφόρα ή κατηφόρα	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Όταν πηγαίνω σε μία κοινωνική εκδήλωση (π.χ. εκκλησία, οικογενειακή συγκέντρωση, καφενείο, ΚΑΠΗ)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

**Ανήκετε σε κατηγορία με ποσοστό αναπηρίας;**

ΝΑΙ

ΟΧΙ

**Αν ναι, παρακαλώ διευκρινίστε:**

ΑΜΕΑ 35%

ΑΜΕΑ 67%

#### Δ. Συνθήκες διαβίωσης

<b>Έχετε σταθερή γραμμή τηλεφώνου στο σπίτι;</b>	
<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
<b>Αν ναι, παρακαλώ διευκρινίστε τον πάροχο:</b>	
<input type="checkbox"/> Cosmote	
<input type="checkbox"/> WIND	
<input type="checkbox"/> Vodafone	
<input type="checkbox"/> NOVA	
<input type="checkbox"/> Άλλο: .....	
<b>Χρησιμοποιείτε κινητό τηλέφωνο;</b>	
<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
<b>Διαμένετε σε κάποια μονάδα κλειστής φροντίδας ή σε μονάδα του Εθνικού Συστήματος Υγείας ή του ιδιωτικού τομέα;</b>	
<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
<b>Διαμένετε μόνος/η στο σπίτι;</b>	
<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
<b>Ποιος φροντίζει για την κάλυψη των καθημερινών σας αναγκών;</b>	
<input type="checkbox"/> Εγώ	
<input type="checkbox"/> Συγγενής	
<input type="checkbox"/> Επαγγελματίας Υγείας/ Νοσηλευτής	
<input type="checkbox"/> Οικογενειακός βοηθός	
<input type="checkbox"/> Φροντιστής από το «Βοήθεια στο Σπίτι»	
<b>Αν ναι, επιθυμείτε τη διασύνδεσή σας με τον Φροντιστή από το «Βοήθεια στο Σπίτι» μέσω τεχνολογιών;</b>	
<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
<b>Αν ναι, επιθυμεί ο Φροντιστής από το «Βοήθεια στο Σπίτι» τη διασύνδεσή του με εσάς μέσω τεχνολογιών;</b>	
<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ

Άλλο: .....

**Πώς θα χαρακτηρίζατε την κατάσταση υγείας του ατόμου που σας φροντίζει;**

Καλή

Κακή (Με σοβαρά προβλήματα υγείας ή ποσοστό αναπηρίας)

**Παρακαλώ αιτιολογήστε:** .....

### Ε. Οικονομική κατάσταση

<b>A κατηγορία</b>		
1. Ένας ενήλικας άνω των 60 με εισόδημα	<b>0-5.000€</b>	<input type="checkbox"/>
2. Δύο ενήλικες ή μονογονεϊκή με ένα προστατευόμενο μέλος με εισόδημα	<b>0-7.500€</b>	<input type="checkbox"/>
3. Δύο ενήλικα μέλη και ένα προστατευόμενο μέλος ή ένας ενήλικος και δυο προστατευόμενα μέλη με εισόδημα	<b>0-8.750€</b>	<input type="checkbox"/>
4. Κάθε περίπτωση περισσότερων συνολικών μελών με εισόδημα	<b>0-10.000€</b>	<input type="checkbox"/>
<b>B κατηγορία</b>		
1. Ένας ενήλικας άνω των 60 με εισόδημα	<b>5.001-7.000€</b>	<input type="checkbox"/>
2. Δύο ενήλικες ή μονογονεϊκή με ένα προστατευόμενο μέλος με εισόδημα	<b>7.501-10.500€</b>	<input type="checkbox"/>
3. Δύο ενήλικα μέλη και ένα προστατευόμενο μέλος ή ένας ενήλικος και δυο προστατευόμενα μέλη με εισόδημα	<b>8.751-12.250€</b>	<input type="checkbox"/>
4. Κάθε δυσμενέστερη περίπτωση με εισόδημα	<b>10.001-14.000€</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Γ κατηγορία</b>		
1. Ένας ενήλικας άνω των 60 με εισόδημα	<b>7.001-9.000€</b>	<input type="checkbox"/>
2. Δύο ενήλικες ή μονογονεϊκή με ένα προστατευόμενο μέλος με εισόδημα	<b>10.501-13.500€</b>	<input type="checkbox"/>
3. Δύο ενήλικα μέλη και ένα προστατευόμενο μέλος ή ένας ενήλικος και δυο προστατευόμενα μέλη με εισόδημα	<b>12.251-15.750€</b>	<input type="checkbox"/>
4. Κάθε δυσμενέστερη περίπτωση με εισόδημα	<b>14.001-18.000€</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Δ κατηγορία</b>		
1. Ένας ενήλικας άνω των 60 με εισόδημα	<b>&gt;9.000€</b>	<input type="checkbox"/>
2. Δύο ενήλικες ή μονογονεϊκή με ένα προστατευόμενο μέλος με εισόδημα	<b>&gt;13.500€</b>	<input type="checkbox"/>
3. Δύο ενήλικα μέλη και ένα προστατευόμενο μέλος ή ένας ενήλικος και δυο προστατευόμενα μέλη με εισόδημα	<b>&gt;15.750€</b>	<input type="checkbox"/>
4. Κάθε δυσμενέστερη περίπτωση με εισόδημα	<b>&gt;18.000€</b>	<input type="checkbox"/>

Για την απόδειξη των στοιχείων που δηλώνω στο Έντυπο αυτό, θα υποβάλλω τα εξής αποδεικτικά έγγραφα:

- Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας.
- Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.
- Γνωμάτευση ιατρού που θα πιστοποιεί την ύπαρξη χρόνιων παθήσεων ή άλλων προβλημάτων υγείας. Στη γνωμάτευση θα πρέπει να περιλαμβάνονται τότε ξεκίνησε η ασθένεια, η εξέλιξή της, η φαρμακευτική αγωγή που ακολουθεί το άτομο και συννοσηρότητες από άλλες ασθένειες.
- Γνωμάτευση ιατρού που θα πιστοποιεί την ύπαρξη χρόνιων παθήσεων ή άλλων προβλημάτων υγείας του ατόμου που φροντίζει των αιτούντα.
- Σε περίπτωση αναπηρίας, πιστοποιητικό ΚΕΠΑ με το οποίο θα προσδιορίζεται η αναπηρία και το ποσοστό της. Με τη προσκόμιση του ΚΕΠΑ δεν χρειάζεται η ιατρική γνωμάτευση.
- Εκκαθαριστικό σημείωμα του τελευταίου έτους.
- Προσκόμιση ενός λογαριασμού από οργανισμό κοινής ωφέλειας (ρεύμα, τηλεφωνία, ύδρευση) από την μόνιμη κατοικία του αιτούντα.

## ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

---

Ο/Η υπογράφων/ουσα δηλώνω ότι:

I. Έχοντας πλήρη συνείδηση και κατανοώντας το νόημα και το περιεχόμενο του παραπάνω εγγράφου, οι παραπάνω απαντήσεις είναι αληθείς και ότι δεν έχω αποκρύψει οποιαδήποτε ουσιώδη πληροφορία για την υγεία μου (ή την υγεία του εξυπηρετούμενου).

II. Αφού ενημερώθηκα πλήρως από τον Δήμο ή την Περιφέρεια όπου ανήκω με απλό, σαφή και κατανοητό σε μένα τρόπο σχετικά με τον τρόπο οργάνωσης, τη φύση, τη λειτουργία και τους σκοπούς τους, καθώς και για την τήρηση και επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων από την Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας, **παρέχω** τη ρητή και ανεπιφύλακτη συγκατάθεσή μου για την εκ μέρους τους συλλογή, τήρηση και αποθήκευση σε (ηλεκτρονικό ή μη) αρχείο καθώς και επεξεργασία όλων των ανωτέρω προσωπικών μου δεδομένων ευαίσθητων ή μη (ή του εξυπηρετούμενου), τα οποία έχουν συλλεγεί και βρίσκονται στην κατοχή του ή θα συλλεγούν στα πλαίσια της συνεργασίας μας, για επεξεργασία σύμφωνα με τους όρους του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679\* και τις εκάστοτε πολιτικές ασφάλειας και προστασίας προσωπικών δεδομένων που εφαρμόζουν και θα προσαρμόζονται στην εκάστοτε ισχύουσα νομοθεσία και τις αποφάσεις των αρμόδιων Εποπτικών Αρχών.

Η Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας έχει λάβει όλα τα κατάλληλα οργανωτικά και τεχνικά μέτρα, σύμφωνα με τα τεχνολογικά πρότυπα και τους ισχύοντες νόμους και Κανονισμούς, προκειμένου να διασφαλίσει ότι η συλλογή των προσωπικών δεδομένων των εξυπηρετούμενων είναι σύννομη, ενδεδειγμένη και διαθέτει το κατάλληλο επίπεδο ασφάλειας για να αποτρέψει κάθε μη εξουσιοδοτημένη ή τυχαία πρόσβαση, επεξεργασία, διαγραφή, αλλοίωση ή άλλη χρήση αυτών.

III. Συγκατατίθεμαι, συναινώ και αναγνωρίζω ως νόμιμη την επεξεργασία προσωπικών δεδομένων μου καθ' όλη τη διάρκεια που είναι απαραίτητο για την εκπλήρωση του σκοπού της επεξεργασίας, δηλαδή για την σύννομη και προσήκουσα προς εμένα παροχή υπηρεσιών 24ωρης τηλεφωνικής υποστήριξης που σχετίζονται με τη διαφύλαξη ζωτικών συμφερόντων μου, στα πλαίσια υλοποίησης του έργου με τίτλο «Παροχή υπηρεσιών Αυτόνομης Διαβίωσης και Ασφαλούς Γήρανσης Ηλικιωμένων» της ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ μέσω της λειτουργίας κέντρου 24ώρης παρακολούθησης και τηλεφωνικής υποστήριξης ωφελούμενων .

**IV.** Δηλώνω επίσης ότι προ και δια της υπογραφής της παρούσας έλαβα γνώση από το Δήμο ή την Περιφέρεια όπου ανήκω των ειδικότερων δικαιωμάτων που μου παρέχει ο ως άνω Κανονισμός (ΕΕ) 2016/679\*, και ειδικότερα για:

- Το δικαίωμα ενημέρωσης για την ταυτότητα και τα στοιχεία επικοινωνίας του υπευθύνου επεξεργασίας των προσωπικών μου δεδομένων, τους σκοπούς και το χρονικό διάστημα επεξεργασίας των δεδομένων αυτών, το δικαίωμα πληροφόρησης και λήψης επιβεβαίωσης για το εάν τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν βρίσκονται στην κατοχή του και υφίστανται επεξεργασία.
- Το δικαίωμα πρόσβασής μου στα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα και ειδικώς σε πληροφορίες αναφορικά με τους σκοπούς της επεξεργασίας αυτών για ιατρικούς σκοπούς.
- Το δικαίωμα προηγούμενης ενημέρωσής μου και συγκατάθεσής μου για την κοινοποίηση/ διαβίβαση δεδομένων μου προς πιθανούς αποδέκτες στους οποίους μπορεί να κοινοποιηθούν τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα, ιδίως τους αποδέκτες σε τρίτες χώρες ή διεθνείς οργανισμούς.
- Το δικαίωμά μου για την υποβολή προς την Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας αιτήματος περί διόρθωσης ή διαγραφής δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα ή περιορισμό της επεξεργασίας αυτών.
- Το δικαίωμα στην φορητότητα των δεδομένων, δηλ. λήψης αντιγράφων και σε ηλεκτρονική μορφή, δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που υποβάλλονται σε επεξεργασία. Στην περίπτωση που επιθυμώ να δοθούν αντίγραφα δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα σε τρίτο πρόσωπο, αυτό θα γίνεται μόνο κατόπιν έγγραφης εξουσιοδότησης από μέρος μου για να επιτραπεί από την Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας να τα διαβιβάσει σε αυτό το τρίτο άτομο.
- Τη γνώση που έλαβα ότι τα προσωπικά δεδομένα μου (ή του εξυπηρετούμενου) θα αποθηκευτούν για ορισμένο χρονικό διάστημα, σχετιζόμενο με τους σκοπούς της επεξεργασίας αυτών και σε κάθε περίπτωση όχι μεγαλύτερο της διάρκειας του έργου, εκτός εάν κάτι διαφορετικό απαιτείται και επιβάλλεται από την ισχύουσα εθνική και ενωσιακή νομοθεσία.
- Το δικαίωμά μου να αντισταθώ στο μέλλον στην επεξεργασία προσωπικών δεδομένων μου από τον υπεύθυνο επεξεργασίας της Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας.
- Το δικαίωμά μου να ανακαλέσω την παρούσα συγκατάθεση, ανά πάσα στιγμή.
- Το δικαίωμά μου να υποβάλλω καταγγελία στην Αρχή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, ως εποπτική αρχή του υπεύθυνου επεξεργασίας, εάν κρίνω ότι υφίσταται παραβίαση των δικαιωμάτων μου.

**V.** Επιπλέον, δηλώνω ρητά και ανεπιφύλακτα, με πλήρη επίγνωση του περιεχομένου και της σημασίας της παρούσας δήλωσής μου και βασιζόμενος/η στην ελεύθερη και ανεμπόδιστη απόφαση μου, ότι συναινώ ήδη πριν από την έναρξη της επεξεργασίας στη συλλογή, επεξεργασία, διαχείριση και αρχειοθέτηση όλων των ανωτέρω προσωπικών μου δεδομένων (ή του εξυπηρετούμενου) από την Περιφέρεια όπου ανήκω.

*\*Γενικός Κανονισμός για την Προστασία Δεδομένων: Κανονισμός (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 27ης Απριλίου 2016, για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και για την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων αυτών και την κατάργηση της οδηγίας 95/46/ΕΚ.*

Αρ. Αίτησης ενδιαφέροντος

Ημ/νία:

\*\* Στοιχεία που συμπληρώνονται από την Περιφέρεια

Ο/Η Δηλών/ούσα  
Όνομα /Υπογραφή

Ο/Η εξουσιοδοτούμενος/η  
(Όνομα/Υπογραφή)