



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



Εθνικός
Οργανισμός
Παροχής
Υπηρεσιών
Υγείας

www.eopyy.gov.gr

ΑΝΑΡΤΗΤΕΟ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

ΑΘΗΝΑ 5/10/2016

ΑΡ. ΠΡΩΤ.: ΟΙΚ.38129/2016

ΠΡΟΣ:
ΣΤΕΓΕΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΖΟΜΕΝΗΣ
ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ

**ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ: ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ**

Δ/ΝΣΗ: ΣΥΜΒΑΣΕΩΝ

ΤΜΗΜΑ: ΣΥΜΒΑΣΕΩΝ ΛΟΙΠΩΝ ΠΑΡΟΧΩΝ

Πληροφ.: Αναστασία Σφακιανάκη

Ταχ. Δ/ση: Αποστόλου Παύλου 12

Τ.Κ.: 151 23 Μαρούσι

ΤΗΛ. 210 8110620-6945375921

FAX: 210 8110635

E-mail: asfakianaki@eopyy.gov.gr

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ

| | | | | |
|------------------------------|-----------------|-----------------|------------|---------------|
| ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ | ΥΠΟΒΟΛΗΣ | ΑΙΤΗΣΕΩΝ | ΤΩΝ | ΣΤΕΓΩΝ |
| ΥΠΟΣΤΗΡΙΖΟΜΕΝΗΣ (ΣΥΔ) | | | | |

Έχοντας υπόψη το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο :

α) την υπουργ. απόφ. υπ.αριθμ. Π3β/Φ.ΓΕΝ/ΓΠοικ.3394/ 10-1-2007 (ΦΕΚ 74/Β'/29-1-2007),

β) το άρθρο 46 του Ν.3918/2011(ΦΕΚ 31/Α/2011),

γ) την υπουργική απόφαση Δ29α/Φ.ΘΕΣΜ./ΓΠ26275/1048/2014 (ΦΕΚ 172/Β/30-1-2014) ,

δ) το άρθρο 48 του Νόμου 4316/ 24-12-2014,

ε) την υπουργική απόφαση υπ.αριθμ. Γ3γ/35539 (ΦΕΚ 1653/Β/2016) και τη σύμφωνη γνώμη του αναπληρωτή Υπουργού Υγείας για το σχέδιο σύμβασης που προέκυψε από τη διαπραγμάτευση των Κοινωνικών Εταιρών και της Επιτροπής Διαπραγμάτευσης του ΕΟΠΥΥ, προσκαλούμε τις Στέγες Υποστηριζόμενης διαβίωσης (ΣΥΔ) οι οποίες επιθυμούν να συνάψουν σύμβαση με τον ΕΟΠΥΥ όπως καταθέσουν ή αποστείλουν τα κάτωθι δικαιολογητικά :

- Αίτηση ενδιαφερόμενου με σφραγίδα της ΣΥΔ, (επισυνάπτεται σχετικό έντυπο)
- Άδεια ίδρυσης και σχετικό ΦΕΚ δημοσίευσης
- Άδεια λειτουργίας και σχετικό ΦΕΚ δημοσίευσης
- Καταστατικό του Φορέα
- Εσωτερικό Κανονισμό Λειτουργίας
- Βεβαίωση καλής λειτουργίας
- Επίσημη Κατάσταση Εργαζομένων της Επιθεώρησης Εργασίας και του εν γένει προσωπικού της
- ΦΕΚ εκπροσώπησης ή πρακτικό ορισμού του νόμιμου εκπροσώπου
- Υ/Δ του νομίμου εκπροσώπου με το γνήσιο της υπογραφής (επισυνάπτεται σχετικό έντυπο)
- Υ/Δ στην οποία να δηλώνει ότι, δεν λαμβάνει επιχορήγηση, χρηματοδότηση από κοινοτικούς πόρους, (επισυνάπτεται σχετικό έντυπο)
- 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.)

στην παρακάτω Δ/νση :

ΕΟΠΥΥ

ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ: ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ

Δ/ΝΣΗ: ΣΥΜΒΑΣΕΩΝ

ΤΜΗΜΑ: ΣΥΜΒΑΣΕΩΝ ΛΟΙΠΩΝ ΠΑΡΟΧΩΝ

Ταχ. Δ/νση: Αποστόλου Παύλου 12

Τ.Κ.: 151 23 Μαρούσι

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΟΠΥΥ
ΣΩΤΗΡΙΟΣ ΜΠΕΡΣΙΜΗΣ
Επ. Καθηγητής Πανεπιστημίου Πειραιώς

Συνημμένα:

1. Αίτηση ενδιαφερόμενου
2. Υ/Δ του νομίμου εκπροσώπου
3. Υ/Δ παρεχομένων υπηρεσιών

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΝΑΨΗΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ ΣΤΕΓΩΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΖΟΜΕΝΗΣ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ

Προς: ΕΟΠΥΥ
Α.Π.:

Η κάτωθι Στέγη Υποστηριζόμενης Διαβίωσης (ΣΥΔ) Διαμέρισμα Οικοτροφείο

| ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΔ | | | |
|--|-----------|--------------|--|
| ΕΠΩΝΥΜΙΑ | | | |
| ΔΙΑΚΡΙΤΙΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ | | | |
| ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΕΡΙΘΑΛΠΟΜΕΝΩΝ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΔΕΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ | | | |
| ΑΦΜ | | ΔΟΥ | |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ | | | |
| ΠΟΛΗ | ΤΚ | ΝΟΜΟΣ | |
| ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ | | FAX | |
| EMAIL | | | |

που εκπροσωπείται νόμιμα από:

| ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ | | | |
|-----------------------------|-----------|--------------|--|
| ΟΝΟΜΑ | | | |
| ΕΠΩΝΥΜΟ | | | |
| ΑΦΜ | | ΔΟΥ | |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ | | | |
| ΠΟΛΗ | ΤΚ | ΝΟΜΟΣ | |
| ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ | | FAX | |
| EMAIL | | | |

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

- Άδεια Ίδρυσης (σχετικό ΦΕΚ)
- Άδεια Λειτουργίας (σχετικό ΦΕΚ)
- Καταστατικό του Φορέα
- Εσωτερικό Κανονισμό Λειτουργίας
- Βεβαίωση καλής λειτουργίας
- Επίσημη Κατάσταση Εργαζομένων της Επιθεώρησης Εργασίας και του εν γένει προσωπικού της

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

- Υ/Δ του νομίμου εκπροσώπου με το γνήσιο της υπογραφής
- ΦΕΚ εκπροσώπησης ή πρακτικό ορισμού του νόμιμου εκπροσώπου
- Υ/Δ στην οποία να δηλώνει ότι, δεν λαμβάνει επιχορήγηση, χρηματοδότηση από κοινοτικούς πόρους
- 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

ΑΦΜΑΜΚΑ.....

ΣΤΑΘ.ΤΗΛ.....ΚΙΝ. ΤΗΛ.....

ως **νόμιμος εκπρόσωπος** της ΣΥΔ

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
- 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. και των υπόλοιπων ασφαλιστικών φορέων (ΙΚΑ- ΕΤΑΜ, ΟΓΙΑΔ, ΟΑΕΕ, ΟΓΑ),
- αποδέχομαι την παροχή υπηρεσιών υγείας στους ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ σύμφωνα με τις συμβάσεις παροχής υπηρεσιών για περιθαλψη 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
- ο νόμιμος εκπρόσωπος, ο διοικητικός διευθυντής, οι επιστημονικά υπεύθυνοι και ο επιστημονικός διευθυντής της ΣΥΔ δεν έχουν αμετάκλητες καταδικαστικές αποφάσεις, σύμφωνα με τα άρθρα 68 και 153 του Ν.4281/2014, και δεν τους έχει επιβληθεί οποιαδήποτε ποινή για οικονομικά εγκλήματα, ούτε τους έχει επιβληθεί ποινή από τον ΕΟΠΥΥ ή τους ενταχθέντες σε αυτόν φορείς κοινωνικής ασφάλισης.
- 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 ή τους ενταχθέντες φορείς.
- έχει επιβληθεί πρόστιμο στη ΣΥΔ από τον ΕΟΠΥΥ ή τους ενταχθέντες φορείς και: έχει εξοφληθεί
δεν έχει εξοφληθεί

Ημερομηνία:/20...

Ο – Η Δηλών
(Υπογραφή)

)) 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 ιλάπτοντας 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: | | ΤΚ: | |
| Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax): | | | | Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (E-mail): | | | | | |

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:

- η ΣΥΔ δεν λαμβάνει επιχορήγηση – χρηματοδότηση 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.

Ο – Η Δηλών
(Υπογραφή)