

**ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

**ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΗ ΔΩΡΕΑΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ**

**ΣΕ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΥΣ (υπ΄ αρ. Α3(γ)/ΓΠ/οικ.25132 Κ.Υ.Α. (ΦΕΚ 908/2016 τ. Β΄)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Προς:** ***Δήμο*** | ***Αρμόδια Υπηρεσία*** | **ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ** | **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ** |
| ***Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία*** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ:** | **AMKA:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ΟΝΟΜΑ:** | **ΑΦΜ:**  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:** | **ΔΟΥ:** |
| **ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ:** | **ΑΔΤ/ΑΔΕΙΑΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ:** |
| **ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:** | **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ:** |
| **ΙΘΑΓΕΝΕΙΑ:**  | **ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ:** |
| **Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:** | **ΤΗΛ./ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛ.:** |
| **Τ.Κ.: ΔΗΜΟΣ:** | **E-MAIL:** |
| **ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΜΕΝΟΣ:**  | **ΝΑΙ** | **ΟΧΙ** | **ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ:***(Σύμφωνα με τον πίνακα)* |

 **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΕΛΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ**

 **(Σύζυγος και εξαρτώμενα τέκνα)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **ΣΥΖΥΓΟΣ** | **ΤΕΚΝΟ** | **ΤΕΚΝΟ** | **ΤΕΚΝΟ** | **ΤΕΚΝΟ** |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ** |  |  |  |  |  |
| **ΟΝΟΜΑ** |  |  |  |  |  |
| **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ****ΓΕΝΝΗΣΗΣ** |  |  |  |  |  |
| **ΑΜΚΑ** |  |  |  |  |  |
| **ΑΦΜ** |  |  |  |  |  |
| **ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ** |  |  |  |  |  |

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις[[1]](#footnote-1), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

1. Δεν διαθέτω ενεργή ασφαλιστική ικανότητα και δεν διαθέτω ιδιωτική ασφάλιση.

2. Κατοικώ μόνιμα στην ανωτέρω διεύθυνση.

**3. Για τις κατηγορίες 8, 9 και 10:**

- Κατά το τελευταίο φορολογικό έτος εγώ και η οικογένειά μου έχουμε συνολικά δηλωθέντα εισοδήματα από:

α. Επίδομα ανεργίας ύψους……………

β. Διατροφή ανηλίκου τέκνου ύψους…………..

γ. Επίδομα αναδοχής ύψους…………….

δ. Εξωιδρυματικό επίδομα ύψους…………..

ε. Προνοιακό επίδομα αναπηρίας από το Δήμο ύψους…………..

στ. Το πρόγραμμα Εγγυημένο Κοινωνικό Εισόδημα…………..

- Η συνολική αξία της ακίνητης περιουσίας μου και των μελών της οικογένειάς μου (σύμφωνα με το τελευταίο εκκαθαριστικό ΕΝΦΙΑ) είναι………………

- Το συνολικό ύψος των καταθέσεων και η τρέχουσα αξία μετοχών, ομολόγων και κινητών αξιών μου και των μελών της οικογένειάς μου στην Ελλάδα και το εξωτερικό είναι……………

- Συναινώ στο σύνολο των ηλεκτρονικών διασταυρώσεων και λοιπών ελέγχων που θα πραγματοποιηθούν για την επιβεβαίωση των στοιχείων που δηλώνω στην αίτηση.

**Επισυνάπτω τα ακόλουθα δικαιολογητικά:**

*1. Φωτοτυπία ταυτότητας/διαβατηρίου ή φωτοτυπία άδειας διαμονής σε ισχύ ή βεβαίωσης κατάθεσης αιτήματος χορήγησης ή ανανέωσης.*

*2. Αποδεικτικό κατοικίας (μισθωτήριο συμβόλαιο ή λογαριασμός ΔΕΚΟ/τηλεφώνου, καθώς και σε περίπτωση φιλοξενίας, λογαριασμός ΔΕΚΟ/τηλεφώνου και υπεύθυνες δηλώσεις του αιτούντος και του ατόμου που φιλοξενεί).*

*3. Το δικαιολογητικό που αντιστοιχεί στην κατηγορία δικαιούχου του αιτούντος ή/και των μελών οικογένειας (σημειώστε).*

*…………………………………………………………………………………………………..*

*…………………………………………………………………………………………………*

*4. Για τις κατηγορίες 8,9 και 10, Ε1 και εκκαθαριστικό τελευταίου φορολογικού έτους.*

*5. Για τις κατηγορίες 8,9 και 10, το δικαιολογητικό που αντιστοιχεί στα δηλωθέντα εισοδήματα α-στ. (Για την περίπτωση λήψης προνοιακού επιδόματος αναπηρίας από το Δήμο η Υπηρεσία προβαίνει σε αυτεπάγγελτη αναζήτηση).*

*…………………………………………………………………………………………………...*

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ**

**(επισυνάπτεται εξουσιοδότηση/ πληρεξούσιο/ απόφαση δικαστικής συμπαράστασης και στοιχεία ταυτότητας)**

|  |  |
| --- | --- |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ:** | **ΑΔΤ:** |
| **ΟΝΟΜΑ:** | **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ:** |
| **ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:** | **ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ:** |

 **……..…….(Πόλη-Ημερομηνία)**

**Ο/Η ΑΙΤ………**

**……………………(υπογραφή**

***ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ* ΔΩΡΕΑΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ**

**ΣΕ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΥΣ *ΚΑΙ ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ** | **ΕΙΔΙΚΟ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ** |
| **1.** | Άτομα με αναπηρία, με ποσοστό αναπηρίας **67% και άνω.** | Γνωμάτευση από Κέντρο Πιστοποίησης Αναπηρίας ή σε ισχύ γνωμάτευση εφόρου ζωής ή αορίστου χρόνου από Α/βάθμια ή Β/βάθμια Υγειονομική Επιτροπή με ποσοστό 67% και άνω  |
| **2.** | Ανήλικοι έως 18 ετών που φιλοξενούνται σε δομές των Κέντρων Κοινωνικής Πρόνοιας ή άλλα ιδρύματα ΝΠΔΔ ή ΝΠΙΔ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα ή είναι ασυνόδευτα παιδιά ή τοποθετούνται σε ανάδοχες οικογένειες ή είναι υπό Επιτροπεία ή η επιμέλειά τους έχει ανατεθεί με δικαστική απόφαση σε τρίτους. | Βεβαίωση του Κέντρου Κοινωνικής Πρόνοιας ή άλλου ιδρύματος ΝΠΔΔ ή ΝΠΙΔ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα που φιλοξενεί ή έχει κάνει την αναδοχή ή της πράξης εισαγγελέα για τον ορισμό Επιτρόπου ή της απόφασης διορισμού Επιτρόπου ή της δικαστικής απόφασης ανάθεσης της επιμέλειας ανηλίκου αντίστοιχα |
| **3.** | Άτομα που φιλοξενούνται σε όλες τις θεραπευτικές δομές των εγκεκριμένων οργανισμών θεραπείας του Ν. 4139/2013 ή παρακολουθούνται στους ίδιους οργανισμούς ως εξωτερικοί ασθενείς. | Βεβαίωση ή πιστοποιητικό από τον αρμόδιο φορέα που αναπτύσσει τα εν λόγω προγράμματα (ΚΕΘΕΑ ή ΟΚΑΝΑ ή Ψ.Ν.Α. ή Ψ.Ν.Θ.) |
| **4.** | Κρατούμενοι σε φυλακές και οι φιλοξενούμενοι σε ιδρύματα αγωγής ανηλίκων και σε στέγες φιλοξενίας ανηλίκων των εταιριών ανηλίκων (ΝΠΔΔ). | Βεβαίωση του οικείου σωφρονιστικού καταστήματος, του ιδρύματος αγωγής ή της στέγης φιλοξενίας ανηλίκων. |
| **5.** | Δικαιούχοι διεθνούς προστασίας (αναγνωρισμένοι πρόσφυγες και δικαιούχοι επικουρικής προστασίας) και οι ανιθαγενείς και τα μέλη των οικογενειών τους (σύζυγος και ανήλικα ή προστατευόμενα τέκνα). | «Άδεια Διαμονής Ενιαίου Τύπου» με την ένδειξη «Δικαιούχος Διεθνούς Προστασίας ή Μέλος Οικογένειας Δικαιούχου Διεθνούς Προστασίας» ή «Δελτίο Ταυτότητας Ανιθαγενούς» ή βεβαίωση κατάθεσης αιτήματος χορήγησης ή ανανέωσης. |
| **6.** | Όσοι διαμένουν στην Ελλάδα με καθεστώς παραμονής για ανθρωπιστικούς ή εξαιρετικούς λόγους και τα μέλη των οικογενειών τους (σύζυγος και ανήλικα ή προστατευόμενα τέκνα). | «Άδεια διαμονής για ανθρωπιστικούς ή εξαιρετικούς λόγους» ή βεβαίωση κατάθεσης αιτήματος χορήγησης ή ανανέωσής της. |
| **7.** | Θύματα των εγκλημάτων των άρθρων 323, 323Α, 349, 351 και 351Α του Ποινικού Κώδικα (σύμφωνα με το Π.Δ. 233/2003), και αλλοδαποί που εμπίπτουν στις διατάξεις του Ν.3875/2010 (Α΄ 158) «Κύρωση και εφαρμογή της Σύμβασης των Ηνωμένων Εθνών κατά του Διεθνικού Οργανωμένου Εγκλήματος». | Βεβαίωση από την οικεία Αστυνομική Διεύθυνση κατά τις διατάξεις του άρθρου 7 Π.Δ. 233/2003 (ΦΕΚ 204 τ.Α΄). |
| **8.** | Άτομα με αναπηρία, με ποσοστό αναπηρίας **κάτω από 67%.** | Γνωμάτευση από Κέντρο Πιστοποίησης Αναπηρίας με ποσοστό κάτω από 67%. |
| **9.** | Άτομα που ανήκουν στις κατηγορίες χρόνιων πασχόντων της Κ.Υ.Α. 31102/1870/2013 (ΦΕΚ 2906 τ.Β). | Ιατρική βεβαίωση από Δημόσια Δομή με την οποία πιστοποιείται η χρονιότητα της πάθησης (εφόσον δεν υπάρχει γνωμάτευση από ΚΕ.Π.Α.). |
| **10.**  | Κάτοχοι βιβλιαρίου ανασφαλίστου με ισχύ την 04-04-2016 ή άτομα που είχαν καταθέσει έως 04-04-2016 αίτημα για βιβλιάριο ανασφαλίστου και τα μέλη των οικογενειών τους (σύζυγος και ανήλικα ή προστατευόμενα τέκνα). | Βιβλιάριο ανασφαλίστου με ισχύ την 04-04-2016 ή αίτηση έκδοσης/ανανέωσης βιβλιαρίου ανασφαλίστου που κατατέθηκε έως 04-04-2016 και δεν εξετάστηκε. |

1. «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. [↑](#footnote-ref-1)