

ΑΙΤΗΣΗ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

Με την υπογραφή της παρούσας φόρμας, **δηλώνω υπεύθυνα** ότι:

1. εν πλήρη επίγνωση, βασιζόμενος/-νη στην ελεύθερη και ανεμπόδιστη απόφασή μου, συμφωνώ, συναινώ και παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου για την επεξεργασία όλων των προσωπικών μου δεδομένων, όπως αυτά έχουν δηλωθεί στην αίτησή μου και σε πιθανά επισυναπτόμενα δικαιολογητικά, από τον Δήμο Νέας Προποντίδας για τους παρακάτω λόγους και για το χρονικό διάστημα που απαιτείται. Γνωρίζω δε το δικαίωμα πρόσβασής μου στα παρακάτω δεδομένα, το δικαίωμα εναντίωσής μου στην επεξεργασία τους, καθώς και ανάκλησης της συγκατάθεσής μου ανά πάσα στιγμή
2. τα στοιχεία μου είναι αληθή
3. δε λαμβάνω υπηρεσίες από άλλη αντίστοιχη δομή και ότι
4. σε περίπτωση αλλαγής κατοικίας ή οποιουδήποτε άλλου στοιχείου που επηρεάζει τις προϋποθέσεις ένταξης μου στο πρόγραμμα θα ενημερώσω την υπηρεσία

ΘΕΜΑ: “Πρόγραμμα “Βοήθεια Στο Σπίτι”

Προς: το ΔΗΜΟ Ν. ΠΡΟΠΟΝΤΙΔΑΣ

Επώνυμο:

Παρακαλώ να κάνετε δεκτό το αίτημά μου για την ένταξή μου στο πρόγραμμα “Βοήθεια Στο Σπίτι” Δήμου Ν. Προποντίδας.

Όνομα:

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

Πατρώνυμο:

Μητρώνυμο:

Όνομ.συζύγου:

Υπηκοότητα:

Έτος γέννησης:

Τόπος γέννησης:

Δ/ση κατοικίας:

Επάγγελμα:

Α.Δ.Τ. :

Τηλέφωνα: (κιν.)

: (σταθ.)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΩΝ (εάν υπάρχει αδυναμία συμπλήρωσης της αίτησης από τον/την άμεσα ενδιαφερόμενο/η)

Επώνυμο:

Όνομα:

Όνομα Πατρός:

Α.Δ.Τ.:

Ταχ.Δ/ση:

Τηλέφωνο:

Συγγενική/Σχέση:

1. Φωτοτυπία της αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου (αν οι ωφελούμενοι είναι αλλοδαποί από τρίτες χώρες απαιτείται και άδεια διαμονής σε ισχύ, ένα είναι Έλληνες ομογενείς απαιτείται αντίγραφο ταυτότητας ομογενούς)
2. Πρόσφατο Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης
3. Αντίγραφο τελευταίου εκκαθαριστικού σημειώματος
4. Αντίγραφο δήλωσης περιουσιακής κατάστασης Ε9 / Δήλωση ΕΝΦΙΑ
5. Φωτοτυπία βιβλιαρίου υγείας
6. Βεβαίωση ΑΜΚΑ
7. Γνωμάτευση ποσοστού αναπηρίας Κέντρο Πιστοποίησης Αναπηρίας (Κ.Ε.Π.Α.) εφόσον πρόκειται για άτομα με ειδικές ανάγκες
8. Ιατρική γνωμάτευση για τις ασθένειες του ωφελούμενου και την φαρμακευτική του αγωγή

Η Υπηρεσία μας επιφυλάσσεται να ζητήσει πρόσθετα δικαιολογητικά εφόσον απαιτηθούν

ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΝΤΑΞΗΣ (Βάσει της υπ’αριθμ. **186/2024** απόφαση Δημοτικού Συμβουλίου Ν. Προποντίδας)

1. Άτομα με κινητικές δυσλειτουργίες και ειδικά προβλήματα, ΑμεΑ (απόφαση από ΚΕΠΑ)
2. Άτομα της Τρίτης ηλικίας (65+)
3. Κατά προτεραιότητα το άτομο να είναι μοναχικό ή να συγκατοικεί με άλλο άτομο ίδιου ορίου ηλικίας.
4. Εισόδημα έως 6.000€ ετησίως για μοναχικά άτομα και 10.000€ για οικογένειες όπως και για οικογένειες με άτομα ΑμεΑ που το ποσοστό αναπηρίας τους είναι 67% και άνω.

Εξαιρούνται οι κάτοικοι σπιτιών πλέον της κύριας κατοικίας που αποφέρουν εισόδημα, οικόπεδα, εκτάσεις άνω των 30 στρεμμάτων.

Ν. ΜΟΥΔΑΝΙΑ/...../.....

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ

