



## ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(άρθρο 8 του Ν.1599/1986 και άρθρο 3 του Ν.2690/1999)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή την δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων Υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ.4 του Ν.1599/1986)

Προς:	<b>Δήμο Μεγαρέων</b> Διεύθυνση Κοινωνικής Προστασίας, Παιδείας, Απασχόλησης, Πολιτισμού & Τουρισμού	Αριθμ. Πρωτ.: ..... Μέγαρα, .....20.....
-------	--	---

### ΑΙΤΗΜΑ ΕΝΤΑΞΗΣ ΣΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ ΔΗΜΟΥ ΜΕΓΑΡΕΩΝ

#### Στοιχεία αιτούντος:

Όνομα:		Επώνυμο:	
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:	
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:	
Αρ. Δελτίου Ταυτότητας:	ΑΦΜ:	ΔΟΥ:	
Ημερομηνία Γέννησης:		Τόπος Γέννησης:	
Τόπος Κατοικίας:	Οδός:	Αριθμός:	
Τηλέφωνο Οικίας:	Κινητό:	E-mail:	

#### Στοιχεία μελών οικογένειας για ένταξη στο Κοινωνικό Φαρμακείο που διαβιούν στην ίδια οικία:

α/α	Όνοματεπώνυμο μελών οικογένειας	Ηλικία	Συγγενική σχέση	ΑΜΚΑ	Επαγγελματική κατάσταση / Ιδιότητα
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					

Εγώ, ο/η ..... ΤΟΥ ..... και της .....  
με ΑΔΤ ..... με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις<sup>(1)</sup>, που προβλέπονται  
από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω υπεύθυνα ότι τα παραπάνω  
στοιχεία είναι αληθή και επισυνάπτω όλα τα σχετικά δικαιολογητικά και βεβαιώσεις.

Βεβαιώνω ότι ανήκω στην ακόλουθη κατηγορία:

- |                           |                          |                         |                          |
|---------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| 1. Οικονομικά αδύναμος    | <input type="checkbox"/> | 5. Τρίτεκνη οικογένεια  | <input type="checkbox"/> |
| 2. Μοναχικό άτομο         | <input type="checkbox"/> | 6. Πολύτεκνη οικογένεια | <input type="checkbox"/> |
| 3. Μονογονεϊκή οικογένεια | <input type="checkbox"/> | 7. Αναπηρία άνω του 67% | <input type="checkbox"/> |
| 4. Άστεγος                | <input type="checkbox"/> | 8. Άνεργος              | <input type="checkbox"/> |

Σε περίπτωση αλλαγής της οικονομικής μου κατάστασης, της διεύθυνσης διαμονής και του  
τηλεφωνικού μου αριθμού θα ενημερώσω άμεσα την Διεύθυνση Κοινωνικής Προστασίας του Δήμου  
Μεγαρέων. Επίσης Συναινώ: 1. στη χρησιμοποίηση των στοιχείων μου αποκλειστικά και μόνο για τις  
διαδικασίες διεκπεραίωσης του αιτήματός μου και 2. στη διενέργεια κοινωνικής έρευνας από τους  
αρμόδιους υπαλλήλους του δήμου ή της δομής παροχής βασικών αγαθών: κοινωνικό φαρμακείο.

Μέγαρα, ..... /..... / 20.....

Ο/Η Αιτ.....

(Υπογραφή)

Συνημμένα υποβάλλω (κυκλώστε ανάλογα):

1. Αίτηση (*χρησιμεύει από την Υπηρεσία*)
2. Φωτοαντίγραφο Αστυνομικής Ταυτότητας ή Διαβατηρίου και επίδειξη του αντίστοιχου πρωτότυπου
3. Φορολογικά Στοιχεία σε φωτοαντίγραφο:
  - 3.1. το Ε1 (*δήλωση φορολογίας εισοδήματος του τελευταίου οικονομικού έτους*)
  - 3.2. το Εκκαθαριστικό του Ε1
  - 3.3. το Εκκαθάριση ΕΝΦΙΑ (εφόσον υπάρχουν ακίνητα) ή Υπεύθυνη Δήλωση περί μη κατοχής ακίνητης περιουσίας
4. Αποδεικτικό στοιχείο κατοικίας (φωτοαντίγραφο πρόσφατου λογαριασμού εταιρίας παροχής ηλεκτρισμού στο όνομα του αιτούντος και επίδειξη του πρωτότυπου)
5. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης (πρωτότυπο)
6. Υπεύθυνη Δήλωση ότι δεν λαμβάνω τις ίδιες παροχές από άλλο φορέα ή άλλο Δήμο

Επιπλέον συνημμένα δικαιολογητικά (όπου συντρέχει λόγος):

7. Σε περίπτωση ανεργίας, βεβαίωση ανεργίας από τον ΟΑΕΔ
8. Σε περίπτωση αναπηρίας, φωτοαντίγραφο απόφασης Πιστοποίησης Αναπηρίας από Κ.Ε.Π.Α. σε ισχύ και επίδειξη του πρωτότυπου
9. Σε περίπτωση διαζυγίου, φωτοαντίγραφο αμετάκλητης δικαστικής απόφασης και επίδειξη της πρωτότυπης
10. Σε περίπτωση διάστασης, φωτοαντίγραφο αγωγής διαζυγίου κατατεθειμένη την τελευταία διετία και επίδειξη της πρωτότυπης
11. Σε περίπτωση χηρείας, Ληξιαρχική Πράξη θανάτου και πιστοποιητικό περί μη λύσεως γάμου από το αρμόδιο Πρωτοδικείο
12. Σε περίπτωση επιμέλειας τέκνων, φωτοαντίγραφο ασφαλιστικών μέτρων και πιστοποιητικού που αποδεικνύει ότι δεν έχει εκδικασθεί η κύρια αγωγή επιμέλειας ή δεν έχει εκδοθεί απόφαση επί της τελευταίας, άλλως, με τελεσίδικη δικαστική απόφαση και επίδειξη του αντίστοιχου πρωτότυπου
13. Σε περίπτωση συμφώνου συμβίωσης, ληξιαρχική πράξη με καταχωρημένη τη λύση του συμφώνου
14. Σε περίπτωση άγαμης μητέρας ή μη αναγνωρισμένου τέκνου, Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης (πρωτότυπο)
14. Σε περίπτωση ανήλικων τέκνων άνω των 6 ετών, βεβαίωση φοίτησης στην υποχρεωτική εκπαίδευση ή αποδεικτικό φοίτησης, όταν έχει λήξει η σχολική χρονιά
15. Σε περίπτωση ενήλικων τέκνων που σπουδάζουν, βεβαίωση σπουδών

Για αλλοδαπούς μόνιμους κατοίκους:

16. Φωτοαντίγραφο της άδειας παραμονής σε ισχύ και επίδειξη της πρωτότυπης άδειας

(1) Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση σύμφωνα με το άρθρο 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών ετών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτό του ή σε άλλον περουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι δέκα ετών.