|  |
| --- |
|  |
| **AITHΣH - ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ** |
| **Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση** |
| **το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ.4 Ν.1599/86)** |
| **ΠΡΟΣ : ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ & ΥΓΕΙΑΣ ΔΗΜΟΥ ΓΑΛΑΤΣΙΟΥ** |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ** |
| **ΟΝΟΜΑ** |
| **ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ** |
| **ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ** |
| **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ** |
| **ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ** |
| **ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ** |
| **ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΟΥ ΜΗΤΡΩΟΥ** |
| **ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ** |
| **ΠΕΡΙΟΧΗ ΚΑΙ ΤΑΧ.ΚΩΔΙΚΑΣ** |
| **ΤΗΛΕΦΩΝΑ** |
|  |
| Υποβάλλω τα προβλεπόμενα δικαιολογητικά και παρακαλώ όπως, **σύμφωνα με το άρθρο 202 § 2,** περί « Επιχορηγήσεων και Βοηθημάτων » του Κώδικα Δήμων και Κοινοτήτων του Ν.3463/2006, εγκρίνετε **: Την έκτακτη οικονομική ενίσχυσή μου για αντιμετώπιση επειγουσών αναγκών** |
| Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ.6 του άρθρου 22 του Ν.1599/86, δηλώνω ότι:  α) Τα αντίγραφα, τα οποία συνημμένα υποβάλλω είναι γνήσια αντίγραφα εκ του πρωτοτύπου.  β) Δεν έχω λάβει άλλη έκτακτη οικονομική ενίσχυση εντός του ιδίου έτους από οποιαδήποτε αρμόδια Υπηρεσία Πρόνοιας.  γ)**Αναλυτικά,** **αναφέρω τους λόγους** για τους οποίους αιτούμαι την χορήγηση έκτακτης οικονομικής ενίσχυσης από την Υπηρεσίας σας: (**συμπληρώνεται υποχρεωτικά**)  …….…..………………………………………………………………………………………........................................... …………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **α)** Συναινώ στη χρησιμοποίηση των στοιχείων μου, αποκλειστικά και μόνο, για το σκοπό της αξιολόγησης του αιτήματός μου.  **β)** Συναινώ στη διενέργεια κοινωνικής έρευνας και σε κατ’ οίκον επισκέψεις από Κοινωνικούς Λειτουργούς του Δήμου Γαλατσίου ή του Κέντρου Κοινότητας για επιτόπια επαλήθευση της σύνθεσης και των συνθηκών διαβίωσης του νοικοκυριού μου.  **γ)** Αποδέχομαι και θα ανταποκρίνομαι σε σχετική ειδοποίηση για την παροχή υπηρεσιών εξατομικευμένης προσέγγισης, όπως ψυχοκοινωνικής στήριξης, επαγγελματικής συμβουλευτικής καθοδήγησης κ.ο.κ. από εξειδικευμένους υπαλλήλους της Κοινωνική Υπηρεσίας του Δήμου Γαλατσίου.  ΓΑΛΑΤΣΙ ……. - …….. – 201 Η ΔΗΛΟΥΣΑ / Ο ΔΗΛΩΝ |

**Απαιτούμενα δικαιολογητικά:**

1. Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας . (και των συνοικούντων μελών )

2. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.

3. Αντίγραφο δήλωσης φορολογίας εισοδήματος Ε1 (και των συνοικούντων μελών )

4. Eκκαθαριστικού σημειώματος τελευταίου οικονομικού έτους (και των συνοικούντων μελών.)

5. Αντίγραφο δήλωσης στοιχείων ακινήτων Ε9 τελευταίου οικονομικού

έτους. (και των συνοικούντων μελών )

6. Αντίγραφο μισθωτηρίου συμφωνητικού αν δεν διαμένει σε ιδιόκτητη

οικία ή υπεύθυνη δήλωση για τον τόπο κατοικίας αν φιλοξενείται ή

βεβαίωση φιλοξενίας.

7. Αντίγραφο βιβλιαρίου ασθενείας (σελίδα φωτογραφίας και τελευταία

θεώρηση). (και των συνοικούντων μελών )

8. Κάρτα ανεργίας αν υπάρχει. (και των συνοικούντων μελών )

9. Για τους διαζευγμένους απαιτείται διαζευκτήριο αν δε είναι σε διάσταση

υπεύθυνη δήλωση του Ν.1599/86.

.

10. Για τα άτομα με αναπηρία και προβλήματα υγείας, πιστοποιητικό

αναπηρίας από το αρμόδιο κέντρο πιστοποίησης αναπηρίας ΚΕΠΑ ή

ιατρικές γνωματεύσεις από Δημόσιο Νοσοκομείο που να αναφέρουν

το είδος της πάθησης ή παθήσεων.

11. Οποιοδήποτε δικαιολογητικό αποδεικνύει την δυσχερή κατάστασή.

12. Λογαριασμό Τραπέζης (IBAN φωτοτυπία) με πρώτο όνομα του/της

δικαιούχου.