|  |
| --- |
|  |
| **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.