

### ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ

**ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ**

**Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ**

### Π.Ε ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

**Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)**

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών

(άρθρο 8 παρ. 4 Ν.1599/1986)

**Περιγραφή αιτήματος : « Κοινωνικό Παντοπωλείο»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΠΡΟΣ:** | **ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**  **ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ Π.Κ.**  **Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ**  **ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ**  **Π.Ε ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ-ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ** | **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**  **ΑΡ.ΠΡΩΤ.**      ***Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία*** |

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Όνομα: | | |  | | | | | | | | | Επώνυμο: | | |  | | | | | |
| Όνομα Πατέρα: | | | |  | | | | | | | | Επώνυμο Πατέρα: | | | |  | | | | |
| Όνομα Μητέρας: | | | |  | | | | | | | | Επώνυμο Μητέρας: | | | |  | | | | |
| Αριθμός Δελτίου  Ταυτότητας:\* | | | | |  | | | | | Α.Φ.Μ. | | |  | | | Αριθ.Άδειας  Οδήγησης:\* | |  | | |
| Αριθ. Διαβατηρίου:\* | | | | |  | | | Αριθ. Βιβλιαρίου  Υγείας:\* | | | | | |  | | Ιθαγένεια: | |  | | |
| Ημερομηνία  Γέννησης 1 : | |  | | | | | |  | | | | | Τόπος Γέννησης: | | | |  | | | |
| Τόπος  Κατοικίας | | Χώρα: | | | | Πόλη: | | | Οδός: | |  | | | | | Αριθ: |  | | ΤΚ: |  |
| Τηλ.: |  | | | | | Fax: |  | | | | | | | | E mail: |  | | | | |

\* συμπληρώνεται ένα από τα αποδεικτικά στοιχεία ταυτότητας

1 Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός : π.χ. 7 Φεβρουαρίου 1969 και 070269

**Παρακαλώ να με εντάξετε στη λίστα του «Κοινωνικού Παντοπωλείου»**

**για το έτος 20. και δηλώνω υπεύθυνα ότι δεν συμμετέχω σε άλλο πρόγραμμα**

# χορήγησης δωρεάν τροφίμων και ειδών καθημερινής χρήσης.

**Δηλώνω υπεύθυνα σύμφωνα με το Ν.1599/89 ότι συναινώ τα στοιχεία μου να χρησιμοποιηθούν όπου απαιτείται για την ένταξη μου στο πρόγραμμα. Επίσης ότι δεν συμμετέχω σε άλλο πρόγραμμα διανομής τροφίμων(πχ. ΤΕΒΑ , ούτε λαμβάνω Κ.Ε.Α)**

………………….. Ο/Η ΑΙΤ………..

(Ημερομηνία)

……………………..

(Υπογραφή

#### ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ:

1. ΦΩΤ/ΦΟ ΑΣΤΥΝΟΜ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ
2. ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΕΚΚΑΘΑΡ. ΕΦΟΡΙΑΣ Ή ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΦΟΡΟΛΟΓ. ΔΗΛΩΣΗ (Ε1) ΚΑΙ Ε9 ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΜΕΛΩΝ
3. ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΙΤΟΥΝΤΑ
4. ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΕΝΟΙΚΙΟΥ Ή ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΔΑΝΕΙΟΥ ΠΡΩΤΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ (ΟΤΑΝ Η ΚΑΤΟΙΚΙΑ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΤΗ Ή ΠΑΡΑΧΩΡΗΜΕΝΗ)

#### ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

1. ΚΑΡΤΑ ΑΝΕΡΓΙΑΣ
2. ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΕΙΣ
3. Υπεύθυνη Δήλωση ότι δεν είναι ενταγμένος/η σε Κοινωνικό Παντοπωλείο άλλου φορέα

# ΚΡΙΤΗΡΙΑ :

## Για ένα (1 ) άτομο εισόδημα μέχρι 6.000 € Για δύο (2) άτομα εισόδημα μέχρι 7.500 € Για τρία (3) άτομα εισόδημα μέχρι 9.000 €

Για τέσσερα (4) άτομα εισόδημα μέχρι 10.500 € Για πέντε (5) άτομα εισόδημα μέχρι 13.000 €

## Άνω των 5 ατόμων, για κάθε επιπλέον μέλος γίνεται προσαύξηση 20%