**ΑΙΤΗΣΗ**

**Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ**

ΕΠΩΝΥΜΟ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ΟΝΟΜΑ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ΑΜΚΑ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ΠΕΡΙΟΧΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ΠΡΟΣ ΔΗΜΟ ΙΛΙΟΥ

Παρακαλώ για την έγκριση χορήγησης του εφάπαξ ειδικού βοηθήματος για την επανασύνδεση παροχών ηλεκτρικού ρεύματος

 Ο/Η Αιτών/ούσα

 (Υπογραφή)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Α/α** | **ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ** | **ΠΑΡΕΛΗΦΘΗ** |
| 1. | Φωτοτυπία Φορολογικής Δήλωσης του τελευταίου έτους (Ε1), όλων των μελών του νοικοκυριού |  |
| 2. | Φωτοτυπία δήλωσης στοιχείων ακινήτων (Ε9) όλων των μελών του νοικοκυριού |  |
| 3. | Φωτοτυπία εκκαθαριστικού τελευταίου έτους όλων των μελών του νοικοκυριού |  |
| 4. | Φωτοτυπία του έντυπου δήλωσης Ενιαίου φόρου ιδιοκτησίας (ΈΝΦΙΑ) όλων των μελών του νοικοκυριού |  |
| 5. | Πιστοποιητικό Οικογενειακής κατάστασης |  |
| 6. | Γνωμάτευση πιστοποίησης Αναπηρίας σε ισχύ με ποσοστό αναπηρίας 67% και πάνω του αιτούντα ή μέλους του νοικοκυριού (αν περιλαμβάνεται στην σύνθεση του νοικοκυριού άτομο ΑΜΕΑ) |  |
| 7. | Βεβαίωση Ασφαλιστικού φορέα ή κρατικού νοσοκομείου, με την οποία πιστοποιείται η ανάγκη κατ’ οίκον χρήσης συσκευής μηχανικής υποστήριξης του αιτούντα ή μέλους του νοικοκυριού (αν υφίσταται) |  |

\**Οι επιτροπές κατά την διαδικασία αξιολόγησης των προσκομιζόμενων δικαιολογητικών, μπορούν είτε να ζητούν την προσκόμιση περαιτέρω στοιχείων είτε να διενεργούν κοινωνική έρευνα και κατ' οίκον επισκέψεις για επιτόπια επαλήθευση της σύνθεσης και των συνθηκών διαβίωσης του νοικοκυριού. Κατόπιν τούτων, ελέγχουν αν πληρούνται τα κριτήρια του άρθρου 2 και αποφασίζουν για την αποδοχή ή την απόρριψη της αίτησης.*

Ο/Η Αιτών/ούσα

 (υπογραφή)

Με την παρούσα αίτηση δηλώνω υπεύθυνα κατά ν.1599/1986 ότι :

1. Τα στοιχεία μου είναι αληθή.
2. Σε περίπτωση αλλαγής τους, με ευθύνη μου θα ενημερώσω την υπηρεσία.
3. Ενημερώθηκα και αποδέχομαι τους όρους και τις υποχρεώσεις σχετικά με την ένταξή μου στα προγράμματα της υπηρεσίας, σύμφωνα με τους ισχύοντες Κανονισμούς Λειτουργίας.
4. Με την παρούσα, αποδέχομαι όπως, τα παραπάνω προσωπικά μου δεδομένα:
* Τηρούνται στο αρχείο της Δ/νσης Κοινωνικής Προστασίας και Υγείας του Δήμου Ιλίου.
* Επεξεργάζονται με σκοπό την οργάνωση και παροχή κοινωνικών υπηρεσιών, για στατιστικούς σκοπούς προς χρήση της Υπηρεσίας.
* Χρησιμοποιούνται μέσω τυπικής ή ηλεκτρονικής επιστολής ή γραπτό τηλεφωνικό μήνυμα (SMS) από την ως άνω Υπηρεσία για θέματα που αφορούν τα προγράμματα κοινωνικής προστασίας, που υλοποιεί ο Δήμος Ιλίου.
* Γνωρίζω τα δικαιώματα μου για ενημέρωση, πρόσβαση και αντίρρηση στη συλλογή των δεδομένων μου(αριθμ 11-13 Ν.2472/1997), ότι η συμμετοχή μου στην επεξεργασία είναι εθελοντική και η άρνηση συμμετοχής δεν συνεπάγεται καμμία επίπτωση στο αίτημά μου.
* Επίσης ενημερώθηκα ότι στο πλαίσιο της στατικής επεξεργασίας, τα ατομικά μου στοιχεία δεν κοινοποιούνται σε τρίτους, σύμφωνα με την νομοθεσία για την προστασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.
1. Εξουσιοδοτώ τον Κοινωνικό Λειτουργό όπως, κατά την κρίση του προβεί σε κάθε απαιτούμενη κοινωνική έρευνα, στο πλαίσιο της αρμοδιότητός του.