Α/Α:

Ημερ.:

|  |
| --- |
| **ΚΑΡΤΕΛΑ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ (ΑΙΤΗΣΗ)** |

|  |
| --- |
| ***Ατομικά Στοιχεία*** |
| ΕΠΩΝΥΜΟ |  | ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ/ ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ |  |
| ΟΝΟΜΑ |  | Α.Φ.Μ. |  |
| ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ |  | Α.Μ.Κ.Α. |  |
| ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ |  | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ |  |
| ΟΝΟΜΑ ΣΥΖΥΓΟΥ |  | ΤΗΛΕΦΩΝΟ |  |
| ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ |  | ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ |  |
| ΦΥΛΟ |  | ΝΟΜΙΚΟ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ*(αφορά σε αλλοδαπούς).* |  |

|  |
| --- |
| ***Στοιχεία Οικογενειακής Κατάστασης*** |
| ΑΓΑΜΟΣ/Η |  | ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΕΚΝΩΝ |  |
| ΕΓΓΑΜΟΣ/Η |  | ΗΛΙΚΙΑ ΤΕΚΝΩΝ |  |
| ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η |  | ΑΛΛΟ *(αναφέρατε)* |  |
| ΣΕ ΧΗΡΕΙΑ |  |
| ΣΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗ |  |

|  |
| --- |
| ***Οικονομική Κατάσταση-Εισόδημα***  |
| * **Κατώφλι φτώχειας ανά άτομο: 4.718€ ετησίως**
* **Κατώφλι φτώχειας ανά νοικοκυριό: βλ. τον κατωτέρω υπολογισμό**
 |
| **Κατηγορίες ατόμων** | **Συντελεστής στάθμισης** |
| 1ος ενήλικας | 1 **(4.718,00€)** |
| 2ος ενήλικας | 0,5 **(2.359,00€)** |
| Μέλη/Παιδιά 14 ετών και άνω | 0,5/ άτομο **(2.359,00€/ άτομο)** |
| Μέλη/ Παιδιά 13 ετών και κάτω  | 0,3/ άτομο **(1.415,50,00€/ άτομο)** |
| **Π.χ.** Το εισόδημα ενός νοικοκυριού με δύο ενήλικες και δύο παιδιά κάτω των 14 ετών θα πρέπει να ανέρχεται στο ποσό των: **(4.718,00€+2.359,00€+(2\*1415,50,00€)=9.908,00€** |
| ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ |  |

|  |
| --- |
| ***Αίτημα Ωφελούμενου: Δομή/ές Παροχής Βασικών Αγαθών*** ***(σημειώστε με Χ τη Δομή από την οποία επιθυμείτε να λαμβάνετε προϊόντα/ υπηρεσίες)*** |
| 1 | ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΑΝΤΟΠΩΛΕΙΟ |  |
| 2 | ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ |  |

*Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις, που προβλέπονται από της διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι όλα τα ανωτέρω στοιχεία είναι αληθή και ακριβή και αποδέχομαι όλα τα κάτωθι:*

1. *Τη συλλογή και στατιστική επεξεργασία των παραπάνω προσωπικών μου δεδομένων σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.2472/1997 περί "Προστασίας του ατόμου από την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα".*
2. *Τη λήψη προϊόντων/ υπηρεσιών από την/τις Δομή/Δομές Παροχής Βασικών Αγαθών στα πλαίσια του ανωτέρω εγκεκριμένου Σχεδίου για το χρονικό διάστημα υλοποίησης της ανωτέρω Πράξης.*
3. *Ο Δικαιούχος Φορέας διατηρεί το δικαίωμα να παύσει να μου παρέχει τα προϊόντα/ τις υπηρεσίες της/των Δομής/Δομών Παροχής Βασικών Αγαθών και να με αντικαταστήσει με τον επόμενο επιλαχόντα, τηρώντας πάντα τη σειρά προτεραιότητας, στην περίπτωση που διαπιστωθεί από τα αρμόδια Στελέχη του, ότι παύω να πληρώ τις απαραίτητες ελάχιστες προϋποθέσεις.*
4. *Η ποσότητα και η περιοδικότητα της παροχής των προϊόντων/υπηρεσιών προς εμένα θα ορίζονται σύμφωνα με τις προμήθειες της/των Δομής/Δομών Παροχής Βασικών Αγαθών, ενώ είναι στην ευχέρεια του Δικαιούχου Φορέα η οποιαδήποτε αλλαγή/ τροποποίηση, αν διαπιστωθεί από τα αρμόδια Στελέχη του.*

***Ημερομηνία: ....../....../......***

***Ο/Η Ωφελούμενος/η………….…..………………………………***

***Ο/Η Συντονιστής Κοινωνικού Παντοπωλείου…………..…..……………………………..***

***Ο/Η Συντονιστής Κοινωνικού Φαρμακείου………….…..………………………………***

|  |
| --- |
| **ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ (σημειώστε με Χ):** |
| 1 | ΦΩΤΟΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ (ΔΙΠΛΗΣ ΟΨΕΩΣ ) **Ή** |  |
| ΦΩΤΟΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ & ΑΔΕΙΑΣ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΣΕ ΙΣΧΥ **Ή** |  |
| ΦΩΤΟΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΑΔΕΙΑΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ (ΓΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥΣ/ ΑΙΤΟΥΝΤΕΣ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ) **Ή** |  |
| ΦΩΤΟΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ ΔΙΕΘΝΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ (ΓΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥΣ/ ΑΙΤΟΥΝΤΕΣ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ) **Ή** |  |
| ΦΩΤΟΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΙΤΗΣΑΝΤΟΣ ΆΣΥΛΟ (ΓΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥΣ/ ΑΙΤΟΥΝΤΕΣ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ) |  |
| 2 | ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ |  |
| 3 | ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ |  |
| **ΕΠΙΠΛΕΟΝ, ΓΙΑ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΑ ΤΕΚΝΑ\*:****α) Για άγαμα ενήλικα τέκνα έως 25 ετών:** * Πιστοποιητικό φοίτησης σε σχολές ή σχολεία ή ΙΕΚ ή ΚΕΚ ή βεβαίωση εγγραφής στο μητρώα ανέργων του ΟΑΕΔ ή βεβαίωση του αρμόδιου στρατολογικού γραφείου ότι υπηρετούν τη στρατιωτική τους θητεία.
* Εκτύπωση εκκαθαριστικού σημειώματος ή αντίγραφο αυτού. Στην περίπτωση που το τέκνο δεν υποβάλλει φορολογική δήλωση προσκομίζεται η εκτύπωση εκκαθαριστικού σημειώματος του υποψηφίου, από το οποίο να προκύπτει τυχόν προσωπικό ετήσιο εισόδημα του τέκνου.
 |  |
|  |
| **β) Για τα άγαμα ή διαζευγμένα ή σε χηρεία τέκνα, ανεξαρτήτως ηλικίας, με ποσοστό νοητικής ή σωματικής αναπηρίας τουλάχιστον 67%:** * Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης του τέκνου (εφόσον είναι διαζευγμένο ή σε χηρεία).
* Πιστοποιητικό από αρμόδιο φορέα με το οποίο να βεβαιώνεται το ακριβές ποσοστό αναπηρίας.
* Εκτύπωση εκκαθαριστικού σημειώματος ή αντίγραφο αυτού και σε περίπτωση που στο εκκαθαριστικό σημείωμα δεν αναφέρονται ρητά τα επιδόματα που χορηγούνται λόγω αναπηρίας, οποιοδήποτε άλλη βεβαίωση αρμόδιας προς τούτο αρχής από την οποία να διαπιστώνεται το ποσό των πάσης φύσεως επιδομάτων αναπηρίας του τέκνου.
 |  |
|  |
|  |
| **ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΗ:** Τα πάσης φύσεως επιδόματα που χορηγούνται λόγω αναπηρίας (προνοιακά, απολύτου αναπηρίας, ανικανότητας, εξωϊδρυματικό επίδομα, επίδομα κίνησης, διατροφικό επίδομα), δεν συνυπολογίζεται στο ετήσιο εισόδημα. |
| 4 | ΦΩΤΟΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΕΚΚΑΘΑΡΙΣΤΙΚΟΥ ΣΗΜΕΙΩΜΑΤΟΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥ ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΟΥ ΕΤΟΥΣ |  |
| 5 | ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΔΗΜΟΥ ΠΕΡΙ ΕΝΤΑΞΗΣ Ή ΜΗ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΕΒΑ |  |

***\** Ως προστατευόμενα τέκνα, σύμφωνα με το αρθρ. 74 του Ν. 4430/2016, νοούνται:**

**1) Τα άγαμα τέκνα, εφόσον:**

**i.** Είναι ανήλικα έως 18 ετών ή,

**ii.** Είναι ενήλικα έως 25 ετών και φοιτούν σε σχολές ή σχολεία ή ινστιτούτα επαγγελματικής εκπαίδευσης ή κατάρτισης της ημεδαπής ή αλλοδαπής ή,

**iii.** Είναι ενήλικα έως 25 ετών και είναι εγγεγραμμένα στα μητρώα ανέργων του Οργανισμού Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού (Ο.Α.Ε.Δ.) ή υπηρετούν τη στρατιωτική θητεία τους.

**iv.** Ανεξαρτήτως ηλικίας με ποσοστό νοητικής ή σωματικής αναπηρίας τουλάχιστον 67%.

Τα τέκνα των περιπτώσεων (ii) και (ίίί) δεν θεωρούνται προστατευόμενα εφόσον το ετήσιο προσωπικό τους εισόδημα υπερβαίνει τις 3.000 ευρώ.

Τα τέκνα της περίπτωσης (iv) δεν θα πρέπει να διαθέτουν προσωπικό ετήσιο εισόδημα που να υπερβαίνει τις 6.000 ευρώ.

**2) Τα τέκνα, διαζευγμένα ή σε χηρεία ανεξαρτήτως ηλικίας, με ποσοστό νοητικής ή σωματικής αναπηρίας τουλάχιστον 67% εφόσον το προσωπικό τους ετήσιο εισόδημα δεν υπερβαίνει τις 6.000 ευρώ.**