

**ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

**ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΗ ΔΩΡΕΑΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ**

**ΣΕ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΥΣ (υπ΄ αρ. Α3(γ)/ΓΠ/οικ.25132 Κ.Υ.Α. (ΦΕΚ 908/2016 τ. Β΄)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Προς:**  ***Δήμο Χανίων*** | **Αρμόδια Υπηρεσία:**  **Τμήμα Κοινωνικής Πολιτικής Προστασίας ΑμεΑ & Ισότητας** | **ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ** | **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ** |
| ***Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία*** | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ:** | | | **AMKA:** | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  |
| **ΟΝΟΜΑ:** | | | **ΑΦΜ:** |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |
| **ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:** | | | **ΔΟΥ:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ:** | | | **ΑΔΤ/ΑΔΕΙΑΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:** | | | **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ΙΘΑΓΕΝΕΙΑ:** | | | **ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:** | | | **ΤΗΛ./ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛ.:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Τ.Κ.: ΔΗΜΟΣ:** | | | **E-MAIL:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΜΕΝΟΣ:** | **ΝΑΙ** | **ΟΧΙ** | **ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ:**  *(Σύμφωνα με τον πίνακα)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΕΛΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ**

**(Σύζυγος και εξαρτώμενα τέκνα)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **ΣΥΖΥΓΟΣ** | **ΤΕΚΝΟ** | **ΤΕΚΝΟ** | **ΤΕΚΝΟ** | **ΤΕΚΝΟ** |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ** |  |  |  |  |  |
| **ΟΝΟΜΑ** |  |  |  |  |  |
| **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**  **ΓΕΝΝΗΣΗΣ** |  |  |  |  |  |
| **ΑΜΚΑ** |  |  |  |  |  |
| **ΑΦΜ** |  |  |  |  |  |
| **ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ** |  |  |  |  |  |

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις[[1]](#footnote-2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

1. Δεν διαθέτω ενεργή ασφαλιστική ικανότητα και δεν διαθέτω ιδιωτική ασφάλιση.

2. Κατοικώ μόνιμα στην ανωτέρω διεύθυνση.

**3. Για τις κατηγορίες 8, 9 και 10:**

- Κατά το τελευταίο φορολογικό έτος εγώ και η οικογένειά μου έχουμε συνολικά δηλωθέντα εισοδήματα από:

α. Επίδομα ανεργίας ύψους……………

β. Διατροφή ανηλίκου τέκνου ύψους…………..

γ. Επίδομα αναδοχής ύψους…………….

δ. Εξωιδρυματικό επίδομα ύψους…………..

ε. Προνοιακό επίδομα αναπηρίας από το Δήμο ύψους…………..

στ. Το πρόγραμμα Εγγυημένο Κοινωνικό Εισόδημα…………..

- Η συνολική αξία της ακίνητης περιουσίας μου και των μελών της οικογένειάς μου (σύμφωνα με το τελευταίο εκκαθαριστικό ΕΝΦΙΑ) είναι………………

- Το συνολικό ύψος των καταθέσεων και η τρέχουσα αξία μετοχών, ομολόγων και κινητών αξιών μου και των μελών της οικογένειάς μου στην Ελλάδα και το εξωτερικό είναι……………

- Συναινώ στο σύνολο των ηλεκτρονικών διασταυρώσεων και λοιπών ελέγχων που θα πραγματοποιηθούν για την επιβεβαίωση των στοιχείων που δηλώνω στην αίτηση.

**Επισυνάπτω τα ακόλουθα δικαιολογητικά:**

*1. Φωτοτυπία ταυτότητας/διαβατηρίου ή φωτοτυπία άδειας διαμονής σε ισχύ ή βεβαίωσης κατάθεσης αιτήματος χορήγησης ή ανανέωσης.*

*2. Αποδεικτικό κατοικίας (μισθωτήριο συμβόλαιο ή λογαριασμός ΔΕΚΟ/τηλεφώνου, καθώς και σε περίπτωση φιλοξενίας, λογαριασμός ΔΕΚΟ/τηλεφώνου και υπεύθυνες δηλώσεις του αιτούντος και του ατόμου που φιλοξενεί).*

*3. Το δικαιολογητικό που αντιστοιχεί στην κατηγορία δικαιούχου του αιτούντος ή/και των μελών οικογένειας (σημειώστε).*

*…………………………………………………………………………………………………..*

*…………………………………………………………………………………………………*

*4. Για τις κατηγορίες 8,9 και 10, Ε1 και εκκαθαριστικό τελευταίου φορολογικού έτους.*

*5. Για τις κατηγορίες 8,9 και 10, το δικαιολογητικό που αντιστοιχεί στα δηλωθέντα εισοδήματα α-στ. (Για την περίπτωση λήψης προνοιακού επιδόματος αναπηρίας από το Δήμο η Υπηρεσία προβαίνει σε αυτεπάγγελτη αναζήτηση).*

*…………………………………………………………………………………………………..*

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ**

**(επισυνάπτεται εξουσιοδότηση/ πληρεξούσιο/ απόφαση δικαστικής συμπαράστασης και στοιχεία ταυτότητας)**

|  |  |
| --- | --- |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ:** | **ΑΔΤ:** |
| **ΟΝΟΜΑ:** | **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ:** |
| **ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:** | **ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Πόλη-Ημερομηνία** | **Ο/Η ΑΙΤΟΥΣΑ** |
|  |  |

1. «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών. [↑](#footnote-ref-2)