

ΠΡΟΣ: ΔΗΜΟ ΕΔΕΣΣΑΣ

ΔΟΜΗ : ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΔΗΜΟΥ
ΕΔΕΣΣΑΣ**ΑΙΤΗΣΗ**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΜΜΕΣΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ

Όνομα.....

Επώνυμο.....

Έτος Γεννήσεως

Δ/νση Κατοικίας.....

Τηλέφωνο.....

Κινητό Τηλ.....

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΜΕΣΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ

Όνομα.....

Επώνυμο.....

Έτος Γεννήσεως

Δ/νση Κατοικίας.....

Τηλέφωνο.....

Κινητό Τηλ.....

Τα παρακάτω στοιχεία τα οποία καταγράφονται χρησιμοποιούνται μόνο για τον σκοπό τον οποίο ζητήθηκαν, σύμφωνα με τις διατάξεις του Γενικού Κανονισμού 679/2016 ΕΕ για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και για την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων αυτών και του Ν. 4624/2019 με τον οποίο θεσπίζονται μέτρα εφαρμογής του ως άνω Γενικού Κανονισμού

Δηλώνω ότι επιθυμώ να συμμετέχω στο πρόγραμμα

Συνημμένα υποβάλλω:

1.1 Δικαιολογητικά έμμεσα ωφελουμένων

- Αντίγραφο Αστυνομικής Ταυτότητας ή Διαβατηρίου
- Αντίγραφο Πιστοποιητικού Οικογενειακής Κατάστασης
- Έγγραφο, που βεβαιώνει την εργασιακή τους κατάσταση (π.χ. βεβαίωση εργοδότη από την οποία να προκύπτει το είδος απασχόλησης -πλήρης ή μερική, αορίστου ή ορισμένου χρόνου-, σε περίπτωση απασχόλησης, αντίγραφο της δήλωσης έναρξης επιτηδεύματος στη ΔΟΥ και υπεύθυνη δήλωση περί μη διακοπής της άσκησης του επιτηδεύματος, σε περίπτωση απασχόλησης στον πρωτογενή τομέα, βεβαίωση ασφαλισίας ή βεβαίωση ότι έχουν καταβληθεί οι ασφαλιστικές εισφορές). Για τους **ανέργους** θα πρέπει να προσκομίζεται αντίγραφο της κάρτας ανεργίας του ΟΑΕΔ και αντίγραφο Βεβαίωσης εξατομικευμένης προσέγγισης από τις Υπηρεσίες του ΟΑΕΔ
- Βεβαίωση Αρμόδιας Υγειονομικής Επιτροπής για τους ωφελούμενους που εντάσσονται στην κατηγορία των ΑΜΕΑ ή σε οικογένειες με μέλη ΑΜΕΑ (εκτός του άμεσα ωφελουμένου), με αναγραφή του ποσοστού αναπηρίας.
- Υπεύθυνη δήλωση ότι δεν λαμβάνουν υπηρεσίες από άλλη δομή

1.2 Δικαιολογητικά άμεσα ωφελουμένων

- Αντίγραφο Αστυνομικής Ταυτότητας ή Διαβατηρίου
- Αντίγραφο Εκκαθαριστικού Φορολογικής Δήλωσης
- Αντίγραφο Πιστοποιητικού Οικογενειακής Κατάστασης
- Έγγραφο δημόσιας υπηρεσίας ή γνωμάτευση θεράποντος ιατρού από την οποία να προκύπτει αν ο άμεσα ωφελούμενος είναι πλήρως, μερικώς ή μη αυτοεξυπηρετούμενος (κινητικά – νοητικά – ψυχικά).
- Υπεύθυνη δήλωση ότι δεν λαμβάνουν υπηρεσίες από άλλη δομή

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΑΙΤΟΥΣΑ



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ

Ε.Π. Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας

