



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: ΔΗΜΟ ΑΧΑΡΝΩΝ	Αρμόδια Υπηρεσία ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την υπηρεσία	

ΕΠΩΝΥΜΟ:	ΑΜΚΑ:																		
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					
ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ					
ΑΜΚΑ					
ΑΦΜ					
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ					

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις¹, 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) Κατοικό μόνιμα στην ανωτέρω διεύθυνση.

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 εαυτό του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

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 ακίνητης περιουσία 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 παραμονής σε ισχύ ή βεβαίωσης κατάθεσης αιτήματος χορήγησης ανανέωσης.
2. Αποδεικτικό κατοικίας (μισθωτήριο συμβόλαιο ή 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, ΕΙ 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 Συμπράστασης και στοιχεία ταυτότητας)

ΕΠΩΝΥΜΟ:	ΑΔΤ:
ΟΝΟΜΑ:	ΗΜ/ΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ:
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:	ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ:

.....(Πόλη-Ημερομηνία)

Ο/Η ΑΙΤ.....

.....(υπογραφή)

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΔΩΡΕΑΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ
ΣΕ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΥΣ – ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΑΔΥΝΑΜΟΥΣ

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 10 : Κάτοχοι βιβλιαρίου ανασφάλιστου με ισχύ την 04-04-2016 και τα Μέλη των συγγενών τους (σύζυγος και ανήλικα ή προστατευόμενα τέκνα) – Άρθρο 6 παρ. 8 της υπ' αριθμ.: ΑΒ(γ)/ΓΠ/οικ. 25132/4-4-2016 Κ.Υ.Α.

ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ.....

1. Φωτοτυπία ταυτότητας.
2. Φωτοτυπία από το βιβλιάριο Πρόνοιας της σελίδας με την φωτογραφία και το ονοματεπώνυμο, καθώς και της σελίδας με την τελευταία θεώρηση (σε ισχύ την 4-4-2016).
3. Ε1 Φορ. Έτους 2022.
4. Εκκαθαριστικό Φορ. Έτους 2022.
5. Εκκαθαριστικό Ε.Ν.Φ.Ι.Α. έτους 2022 (εάν έχει ακίνητη περιουσία στο όνομά του. Εάν δεν έχει , τότε την Περιουσιακή κατάσταση για το έτος 2022 (Δεν έχει διαμορφωθεί περιουσιακή εικόνα για το έτος 2022).
6. Φωτοτυπία πρόσφατου λογαριασμού Δ.Ε.Κ.Ο. (Δ.Ε.Η ή Ε.Υ.Δ.Α.Π.) στο όνομα του αιτούντα η μισθωτήριο συμβόλαιο σε ισχύ.

Εάν δεν υπάρχουν τότε:

Φωτοτυπία πρόσφατου λογαριασμού Δ.Ε.Κ.Ο. (Δ.Ε.Η ή Ε.Υ.Δ.Α.Π.) αυτού που τον φιλοξενεί μαζί με τις δύο Υπεύθυνες Δηλώσεις που επισυνάπτονται (απαιτείται το γνήσιο της υπογραφής

Η βεβαίωση από κινητή τηλεφωνία όπου αναγράφεται το ονοματεπώνυμο, η διεύθυνση και ο τηλεφωνικός αριθμός αυτού που κάνει την αίτηση.

Τηλ. Επικοινωνίας: 2132123111 τμήμα εφαρμογής προγραμμάτων Κοινωνικής προστασίας Δήμου Αχαρνών.