



ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΤΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ

Αριθμός Πρωτοκόλλου:

Προσωπικά Στοιχεία:

Επώνυμο: _____ Όνομα: _____ Πατρώνυμο: _____

Μητρώνυμο: _____ Φύλο: _____ Διεύθυνση: _____

T.K.: _____ Πόλη: _____ Τηλέφωνο: _____ Κινητό: _____

Email: _____ Ημερ.Γένν: _____ Τόπος: _____ Α.Δ.Τ.: _____

Α.Φ.Μ.: _____ ΔΟΥ: _____ ΑΜΚΑ: _____

Ωφελούμενος κατά το προηγούμενο εξάμηνο: Ναι Όχι

Μέλη της οικογένειας που μένουν μαζί:

A/A	Επώνυμο	Όνομα	Ηλικία	Συγγενική Σχέση	Εργασία	Ασφάλεια
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

A/A	Κοινωνική Δομή	Επιθυμητή Κοινωνική Δομή με Σειρά Προτεραιότητας
1	Κοινωνικό Παντοπωλείο *	ΕΠΙΛΟΓΗ..... ^η
2	Κοινωνική Κουζίνα*	ΕΠΙΛΟΓΗ..... ^η

***Δεν είναι δυνατή η παράλληλη συμμετοχή στα δύο παραπάνω προγράμματα**

3	Κοινωνικό Φαρμακείο	ΕΠΙΛΟΓΗ..... ^η
---	---------------------	---------------------------

Δηλώνω υπεύθυνα ότι:

1. όλες οι παραπάνω πληροφορίες είναι αληθείς και συγκατατίθεμαι για τη συλλογή και επεξεργασία προσωπικών δεδομένων, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.2472/1997 περί «Προστασίας του ατόμου από την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα».
2. Δεν λαμβάνω τρόφιμα από άλλη Κοινωνική Δομή, Κοινωνικό Παντοπωλείο ή πρόγραμμα της Αρχιεπισκοπής κλπ.
3. Σε περίπτωση ανακρίβειας ή μη υποβολής των ζητούμενων δικαιολογητικών, γνωρίζω ότι θα απορριφθεί το αίτημά μου. Σε περίπτωση ταυτόχρονης κατάθεσης αίτησης από 2 ή περισσότερα μέλη του ίδιου νοικοκυριού, δεν θα γίνεται δεκτό κανένα αίτημα.

...../...../2023

Ο/Η Αιτών/ούσα



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ

Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο

Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

M.K.O «ΦΑΡΟΣ ΕΛΠΙΔΑΣ», Φιλαδέλφειας 2, Αθήνα, 2155505717 – Fax : 2108230666, www.faros-elpidas.gr



ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ
(για όλα τα ενήλικα μέλη του νοικοκυριού)

1. Αίτηση

2. Αντίγραφο Αστυνομικής Ταυτότητας ή Διαβατηρίου (για όλους) & Άδεια Διαμονής σε ισχύ (μόνο για αλλοδαπούς Τρίτων Χωρών).

3. Εκκαθαριστικό του τρέχοντος φορολογικού έτους και φορολογική δήλωση Ε1 (Απαιτείται η προσκόμιση των εκκαθαριστικών σημειωμάτων όλων των ενήλικων μελών της οικογένειας που διαμένουν κάτω από την ίδια στέγη)

4. Αντίγραφο Ε9

5. Αντίγραφο πρόσφατου λογαριασμού ΔΕΗ ή ΕΥΔΑΠ ή τηλεφωνίας (κινητής ή σταθερής) ή μισθωτήριο συμβόλαιο κατοικίας σε ισχύ στο όνομα του αιτούντα.

6. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης του τελευταίου εξαμήνου.

7. Πρόσφατη Βεβαίωση ανεργίας από ΟΑΕΔ για κάθε μέλος της οικογένειας που δηλώνεται ως άνεργο.

8. Απόκομμα σύνταξης ή βεβαίωση μισθοδοσίας.

9. Πιστοποίηση Αναπηρίας ΚΕΠΑ (εφόσον υπάρχει)

10. Σε περίπτωση δημοτών οι οποίοι δεν είναι κάτοικοι απαιτείται βεβαίωση από το Δήμο που κατοικούν ότι δεν εξυπηρετούνται από αντίστοιχο πρόγραμμα

11. Για τους ενδιαφερόμενους για το Κοινωνικό Φαρμακείο, απαιτείται η προσκόμιση υπεύθυνης δήλωσης του Ν. 1599/86,ότι δεν υπάρχει ασφάλιση σε κάποιο ασφαλιστικό φορέα. Για τους ασφαλισμένους απαιτείται η προσκόμιση της πρώτης σελίδας του βιβλιαρίου.

12. Έντυπα Ενημέρωσης και Συγκατάθεσης για την επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων σύμφωνα με το άρθρο 13 GDPR υπογεγραμμένα από τον αιτούντα και τα μέλη της οικογένειάς του (διατίθενται από τα σημεία παραλαβής των αιτήσεων).

Η επιτροπή ελέγχου των αιτήσεων διατηρεί το δικαίωμα να ζητήσει οποιοδήποτε επιπλέον δικαιολογητικό ή διενέργεια κοινωνικής έρευνας εφόσον θεωρηθεί απαραίτητο.

➤ Για τους **δικαιούχους του Κοινωνικού Εισοδήματος Αλληλεγγύης (ΚΕΑ)** απαιτείται μόνο η προσκόμιση των παρακάτω δικαιολογητικών:

1. Αίτηση

2. Αίτηση ΚΕΑ

3. Έγκριση ΚΕΑ

4. Αντίγραφο Αστυνομικής Ταυτότητας ή Διαβατηρίου

5. Έντυπα Ενημέρωσης και Συγκατάθεσης για την επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων σύμφωνα με το άρθρο 13 GDPR υπογεγραμμένα από τον αιτούντα και τα μέλη της οικογένειάς του (διατίθενται από τα σημεία παραλαβής των αιτήσεων)



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ

Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο

Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Μ.Κ.Ο «ΦΑΡΟΣ ΕΛΠΙΔΑΣ», Φιλαδέλφειας 2, Αθήνα, 215505717 – Fax : 2108230666, www.faros-elpidas.gr

