**ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ**

**ΠΕ ΠΑΡΟΥ**

**ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ**

Τηλ. 22843-61227

**Α Ι Τ Η Σ Η**

για ένταξη στο

**ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΑΝΤΟΠΩΛΕΙΟ Π.Ε. ΚΥΚΛΑΔΩΝ**

• **Ατομικά στοιχεία ενδιαφερόμενου/ης:**

**Ονοματεπώνυμο**:...................................................................................................................

**Ον/μο πατέρα**: ……………………………… **Ον/μο μητέρας**:……………………...........

**Ημερομηνία γέννησης:** ………………… **Τόπος**………………………………................

**Α.Δ.Τ:** ........................................................ **Εκδούσα αρχή**………………………………..

**ΑΡ. Διαβατηρίου:**………………………………**Ημ/νία λήξης**……………………….......

**Άδεια παραμονής**………………………………..**Ημ/νία λήξης**………………………….

**Α.Φ.Μ.** ………………………………………… **Δ.Ο.Υ.** …………………………………

**Διεύθυνση**: ............................................................................................................................

**Τηλέφωνα:**.............................................................................................................................

• **Οικογενειακή κατάσταση:**

Έγγαμος/η……. Άγαμος/η……. Διαζευγμένος/η……. Σε διάσταση……. Χήρος/α…….

Συμβίωση……. …………………………………..

Τέκνα που δεν συνοικούν με τον/την αιτούντα/ουσα…………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Α/Α** | **ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ****ΣΥΝΟΙΚΟΥΝΤΩΝ ΜΕΛΩΝ** | **ΕΙΔΟΣ****ΣΧΕΣΗΣ** | **ΗΛΙΚΙΑ** | **ΑΣΦ/ΚΗ****ΚΑΛΥΨΗ** | **ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ** | **ΜΗΝΙΑΙΟ****ΕΙΣΟΔΗΜΑ** | **ΑΝΑΠΗΡΙΑ με 67% και άνω** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |

**ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΑ ΜΕΛΗ θεωρούνται οι ανήλικοι, οι άνεργοι, τα ΑΜΕΑ και οι φοιτητές**

**ΠΟΥ ΕΠΙΒΑΡΥΝΟΥΝ ΤΟΝ ΑΙΤΟΥΝΤΑ**

• **Κατοικία:**

Ιδιόκτητη………. Μισθωμένη……………Παραχωρηθείσα……. Σε φιλοξενία…….

ΑΛΛΟ……………………………………………………………………………………....

• **Εργασιακή κατάσταση**:

Άνεργος/η……. Μισθωτός……. Συνταξιούχος……. Αυτοαπασχολούμενος……..

ΑΛΛΟ……………………………………………………………………………………

**Ασφαλιστικός φορέας……………………………………………**

• **Οικονομικά στοιχεία:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Α/Α** | **ΜΗΝΙΑΙΑ ΕΣΟΔΑ** | **ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ/ΔΙΕΥΚΡΙΝΗΣΕΙΣ** | **ΠΟΣΑ** |
| **1** | Μισθοδοσία |  |  |
| **2** | Επίδομα Ανεργίας |  |  |
| **3** | Σύνταξη |  |  |
| **4** | Πρόσθετο ποσό στη σύνταξη |  |  |
| **5** | Σύνταξη αναπηρίας |  |  |
| **6** | Διατροφή τέκνων |  |  |
| **7** | Επίδομα πολυτέκνων |  |  |
| **8** | Επίδομα αναπηρίας  |  |  |
| **9** | Επιδόματα από δημόσιες πηγές |  |  |
| **10** | Βοηθήματα &πηγές προέλευσης |  |  |
| **11** | ΑΛΛΑ ΕΣΟΔΑ |  |  |
|  **ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **ΜΗΝΙΑΙΑ ΕΞΟΔΑ** | **ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ/ΔΙΕΥΚΡΙΝΗΣΕΙΣ** | **ΠΟΣΑ** |
| **1** | Ενοίκιο κατοικίας |  |  |
| **2** | Δόση στεγαστικού Α’Κατοικίας |  |  |
| **3** | Οφειλές σε **δημόσιες υπηρεσίες** |  |  |
| **4** | Ενοίκιο φοιτητή |  |  |
| **5** | Άλλα έξοδα |  |  |
| **6** | « « |  |  |
| **ΣΥΝΟΛΟ ΕΞΟΔΩΝ** |  |

• **Κατάσταση Υγείας:**

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………....

ποσοστό αναπηρίας………**.%** εφόρου ζωής………… **ή** ημ/νία λήξης

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

Ο/Η υπογράφων/ουσα……………………………………………………………

Δηλώνω ότι **συμμετέχω** στο πρόγραμμα……………………………………………..

……………………………………………………………………………………

**που χορηγεί………………………………………………………………………….**

Γνωρίζω πως τα προσωπικά μου στοιχεία θα διατεθούν αποκλειστικά για σκοπούς

εξέτασης της αίτησης μου και πως θα είναι σε γνώση των υπευθύνων λειτουργίας

του Κοινωνικού Παντοπωλείου της Π. Ε. Πάρου.

Εξουσιοδοτώ δε, το λειτουργό του Κοινωνικού Παντοπωλείου όπως διερευνήσει από

οποιαδήποτε αρχή ή φορέα στοιχεία και/ή πληροφορίες που σχετίζονται με την

οικονομική μου κατάσταση και είναι αναγκαία προκειμένου να εξεταστεί η αίτηση μου για να καταστώ δικαιούχος του Κοινωνικού Παντοπωλείου.

Σε περίπτωση αλλαγής της οικογενειακής και οικονομικής μου κατάστασης, της

διεύθυνσης διαμονής ή/και του τηλεφωνικού μου αριθμού, θα ενημερώσω άμεσα

την Υπηρεσία σας.

**Πάρος: ........../........./ ………..**

**Ο/Η Αιτών/ούσα - Δηλώνων/ούσα**

**………………………………….**

(Υπογραφή)

**ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ:**

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………