

Πληροφορίες στα τηλ.: 2645360534, 2645360607
email: koinonikopantopolio@lefkada.gov.gr

| | |
|---|---|
| ΑΙΤΗΣΗ ένταξης / επανένταξης για το Κοινωνικό Παντοπωλείο Δήμου Λευκάδας. | Προς: ΔΗΜΟ ΛΕΥΚΑΔΑΣ ΑΥΤΟΤΕΛΕΣ ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ & ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ |
| ΕΠΩΝΥΜΟ: | Παρακαλώ να εξετάσετε το αίτημά μου για ένταξη / επανένταξη στο Πρόγραμμα του Κοινωνικού Παντοπωλείου του Δήμου Λευκάδας για το εξάμηνο του έτους Ήμουν δικαιούχος του Κοινωνικού Παντοπωλείου Δήμου Λευκάδας κατά το εξάμηνο του έτους με αρ. μητρώου Συναίνω στη χρησιμοποίηση των στοιχείων αποκλειστικά και μόνο για το σκοπό της αξιολόγησης του αιτήματός μου. |
| ΟΝΟΜΑ: | |
| ΟΝ. ΠΑΤΡΟΣ: | |
| ΟΝ. ΜΗΤΡΟΣ: | |
| ΑΜΚΑ : | |
| ΑΦΜ : | |
| ΑΡ. ΔΕΛΤ. ΤΑΥΤ.: | |
| ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: | |
| TAX. Δ/ΝΣΗ: | |
| ΤΗΛ.: | |
| Email: | Ο/Η ΑΙΤΩΝ |
| Λευκάδα ... / / 20.... | |

Συν/μένα υποβάλλω τα παρακάτω δικαιολογητικά:

- Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.
- Φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου σε ισχύ.
- Βεβαίωση μόνιμης κατοικίας από τον Δήμο ή αντίγραφο λογαριασμού Δημόσιας Επιχείρησης Κοινής Ωφέλειας ή μισθωτήριο συμβόλαιο από το οποίο πιστοποιείται η διεύθυνση κατοικίας.
- Αντίγραφο της τελευταίας δήλωσης φορολογίας εισοδήματος (έντυπο Ε1).
- Εκκαθαριστικό σημείωμα φυσικών προσώπων.
- Αντίγραφο δήλωσης στοιχείων ακινήτων (Ε9) και αντικειμενική αξία ακινήτων.

Δικαιολογητικά, κατά περίπτωση, ανάλογα με την κατάσταση του δυνητικά δικαιούχου:

- Κάρτα ανεργίας σε ισχύ, εφόσον πρόκειται για άνεργο.
- Ιατρική Γνωμάτευση, εφόσον υπάρχει έκτακτο πρόβλημα υγείας.
- Γνωμάτευση Πρωτοβάθμιας Επιτροπής περί ποσοστού αναπηρίας ή Κέντρου Πιστοποίησης Αναπηρίας (ΚΕ.Π.Α.), εφόσον πρόκειται για Άτομα με Αναπηρία.
- Μισθωτήριο συμβόλαιο, στην περίπτωση που ενοικιάζετε σπίτι.
- Διαζευτήριο, απόφαση επιμέλειας ανηλίκων ή κάθε νόμιμο έγγραφο με το οποίο μπορεί να διαπιστωθεί η κοινωνική κατάσταση, του ατόμου ή της οικογένειας (διάσταση, μονογονεϊκότητα, πολυτεκνία, αδυναμία εξυπηρέτησης, κλπ).
- Σε περίπτωση που το μοναχικό άτομο ή οποιοδήποτε μέλος της αιτούσας οικογένειας λαμβάνει οποιοδήποτε βοήθημα ή/και σύνταξη ή/και άλλη κρατική παροχή, σχετική βεβαίωση λήψης.
- Οποιοδήποτε άλλο δικαιολογητικό κριθεί απαραίτητο να ζητηθεί κατά περίπτωση.

ΠΡΟΣΟΧΗ : Παρακαλείσθε τα δικαιολογητικά που καταθέτετε να είναι εντός κλειστού φακέλου για την προστασία των προσωπικών δεδομένων.



Με τη συγχρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης



ΕΣΠΑ
2021-2027

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....
ΟΝΟΜΑ:.....
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:
Α.Δ.Τ.:
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:
ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

Δηλώνω ότι:

1. Συναινώ στη καταγραφή των στοιχείων μου στο Πληροφοριακό Σύστημα και στο φυσικό αρχείο του Κοινωνικού Παντοπωλείου Δήμου Λευκάδας.
2. Συναινώ στην χρησιμοποίηση των στοιχείων μου για τους σκοπούς της αξιολόγησης του προγράμματος του Κοινωνικού Παντοπωλείου .
3. Συναινώ στη διενέργεια κοινωνικής έρευνας και σε κατ' οίκον επισκέψεις από τους Κοινωνικούς Λειτουργούς του Αυτοτελούς Τμήματος Κοινωνικής Προστασίας Παιδείας και Πολιτισμού του Δήμου Λευκάδας για επιτόπια επαλήθευση της σύνθεσης και των συνθηκών διαβίωσης του νοικοκυριού μου.
4. Ενημερώθηκα και αποδέχομαι να τηρώ τον Κανονισμό Λειτουργίας να σέβομαι το προσωπικό και του χώρου του Κοινωνικού Παντοπωλείου
5. Συναινώ στην ενημέρωση της δομής για οποιαδήποτε μεταβολή στη σύνθεση της οικογένειας ή στο εργασιακό καθεστώς, προσκομίζοντας τα απαραίτητα δικαιολογητικά προς ενημέρωση του ατομικού μου φακέλου.
6. Αποδέχομαι και θα ανταποκρίνομαι σε σχετική ειδοποίηση για την παροχή υπηρεσιών εξατομικευμένης προσέγγισης, όπως ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, επαγγελματικής συμβουλευτικής καθοδήγησης κ.ο.κ. από τους Κοινωνικούς Λειτουργούς του Δήμου Λευκάδας.

Ημερομηνία.....

.....
(υπογραφή)



Με τη συγχρηματοδότηση
της Ευρωπαϊκής Ένωσης

