



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΝΟΜΟΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ  
ΔΗΜΟΣ ΘΕΡΜΑΪΚΟΥ  
Δ/ΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ  
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ,  
ΠΑΙΔΕΙΑΣ & ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: 21ο χλμ Θεσσαλονίκης-  
Μηχανιώνας  
ΤΗΛ.: 23920-75930, 23920-27168**

**ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ  
ΔΗΜΟΥ ΘΕΡΜΑΪΚΟΥ**



**ΠΡΟΣ/  
ΦΕΡΩ**

**φαρμακείο παντοπωλείο συσσίτιο**

### **Α Ι Τ Η Σ Η**

**ΕΝΤΑΞΗΣ ΣΤΗ ΔΟΜΗ ΒΑΣΙΚΩΝ  
ΑΓΑΘΩΝ : « ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ  
ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ ΔΗΜΟΥ ΘΕΡΜΑΪΚΟΥ »**

**Περαία, ...../...../2021**

**Αρ.πρωτ.**

ΕΠΩΝΥΜΟ: .....

ΟΝΟΜΑ: .....

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: .....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: .....

ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ: .....

ΤΗΛ.: .....

ΤΗΛ: ΚΙΝΗΤΟ:.....

ΑΔΤ ή Διαβατηρίου: .....

Α.Φ.Μ.: .....

ΑΜΚΑ: .....

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ: .....

ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ: .....

**Προς:** Τμήμα Κοινωνικής Προστασίας  
Δήμου Θερμαϊκού

## ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ:

1. Αίτηση του ενδιαφερομένου, σύμφωνα με τυποποιημένο υπόδειγμα αίτησης που χορηγεί η αρμόδια υπηρεσία του Δήμου.
2. Μία μικρή φωτογραφία τύπου διαβατηρίου του αιτούντος.
3. Φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου και άδειας παραμονής σε ισχύ.
4. Πρόσφατο Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.
5. Αντίγραφο λογαριασμού δημόσιας επιχείρησης κοινής ωφελείας ή αντίγραφο μισθωτηρίου συμβολαίου, από το οποίο να πιστοποιείται η διεύθυνση κατοικίας.
6. Αντίγραφο της τελευταίας δήλωσης φορολογίας εισοδήματος (Ε1 του 2019) και αντίγραφο του εκκαθαριστικού σημειώματος φυσικών προσώπων και σε περίπτωση μη υπάρξεως αυτών υπεύθυνη δήλωση περί μη υποχρέωσης υποβολής δήλωσης φορολογίας εισοδήματος.
7. Αντίγραφο δήλωσης στοιχείων ακινήτων (έντυπο Ε9) ή υπεύθυνη δήλωση περί μη κατοχής ακίνητης περιουσίας όλων των προστατευόμενων μελών.

## ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ:

1. Κάρτα ανεργίας σε ισχύ, εφόσον πρόκειται για άνεργο, του ιδίου και των λοιπών άνεργων μελών της οικογένειας.
2. Επίσημη Ιατρική Γνωμάτευση, εφόσον υπάρχει πρόβλημα υγείας (των αιτούντων ή και προστατευόμενων μελών).
3. Γνωμάτευση Πρωτοβάθμιας Επιτροπής περί ποσοστού αναπηρίας ή Κέντρου Πιστοποίησης Αναπηρίας (ΚΕ.Π.Α.), εφόσον πρόκειται για Άτομα με Ειδικές Ανάγκες (των αιτούντων ή και προστατευόμενων μελών).
4. Αντίγραφο εξατομικευμένης έκθεσης κοινωνικής έρευνας από αρμόδια δημόσια ή δημοτική υπηρεσία, εφόσον υπάρχει, με την οποία μπορεί να διαπιστωθεί η κοινωνική κατάσταση, οι συνθήκες και οι δυσχέρειες διαβίωσης του ατόμου ή της οικογένειας (διάσταση, μονογονεϊκότητα, πολυτεκνία, αδυναμία εξυπηρέτησης, κλπ).
5. Βεβαίωση δανείου πρώτης κατοικίας.
6. Εγκεκριμένη αίτηση ΚΕΑ (Κοινωνικό Εισόδημα Αλληλεγγύης)
7. Βεβαίωση σύνταξης ή επιδόματος ή άλλης κρατικής παροχής (των αιτούντων ή και προστατευόμενων μελών).
8. Μισθωτήριο συμβόλαιο.
9. Δήλωση αστεγίας.
10. Οποιοδήποτε άλλο δικαιολογητικό κριθεί απαραίτητο να ζητηθεί κατά περίπτωση.



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ  
Ε.Π. Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης



**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**  
**(άρθρο 8 Ν.1599/1986)**

Εγώ ο/η ..... με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

- 1.** Τα πιο πάνω στοιχεία είναι αληθή και επισυνάπτω όλα τα σχετικά δικαιολογητικά και βεβαιώσεις.
- 2.** Σε περίπτωση αλλαγής της οικονομικής μου κατάστασης, της διεύθυνσης διαμονής και του τηλεφωνικού μου αριθμού θα ενημερώσω άμεσα την Κοινωνική Υπηρεσία του Δήμου.
- 3.** Αποδέχομαι τους όρους του κανονισμού λειτουργίας του Κοινωνικού Φαρμακείου Δήμου Θερμαϊκού, όπως ισχύουν σήμερα.
- 4.** Εξουσιοδοτώ την Κοινωνική Υπηρεσία του Δήμου να διασταυρώνει την εγκυρότητα των στοιχείων που καταθέτω με πιστοποιητικά μέσω των αρμόδιων Υπηρεσιών.
- 5.** Γνωρίζω ότι οι φορείς υλοποίησης του Δημοτικού Κοινωνικού Φαρμακείου τηρούν αρχεία με τα στοιχεία που υποβάλλω στην παρούσα αίτηση και σύμφωνα με το Ν. 2472/1997 περί απορρήτου αποδέχομαι τη γνωστοποίηση μόνο στατιστικών-αριθμητικών στοιχείων στην Ειδική Υπηρεσία Παρακολούθησης του προγράμματος.
- 6.** Σε περίπτωση ανακρίβειας ή μη υποβολής των δικαιολογητικών που πιστοποιούν τα όσα δηλώνω, γνωρίζω ότι θα απορριφθεί το αίτημά μου.

**Ημερομηνία:** ..... / ..... / .....

**Ονοματεπώνυμο και υπογραφή**  
**αιτούντος/αιτούσας**

