

ΑΙΤΗΣΗ ΕΝΤΑΞΗΣ ΣΕ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΤΗΣ ΚΟ.Δ.Ε.Π.

Όνοματεπώνυμο Αιτούντος:	Όνοματεπώνυμο Συζύγου:
Όνοματεπώνυμο Πατρός:	Οικογενειακή Κατάσταση:
ΑΦΜ Αιτούντος:	ΑΦΜ Συζύγου:
Αρ. Ταυτότητας/Διαβατηρίου/ Άδεια Διαμονής:	Αρ. Ταυτότητας /Διαβατηρίου/Άδεια Διαμονής Συζύγου:
Ανεργία αιτούντος: <input type="checkbox"/>	Ανεργία Συζύγου: <input type="checkbox"/>
Έτος γέννησης:	Έτος γέννησης Συζύγου:
Διεύθυνση Κατοικίας(οδός, αριθμός, περιοχή πόλη):	
Δημότης:	
Σταθερό τηλέφωνο:	Κινητό τηλέφωνο:
Συνολικός αριθμός μελών εντός οικογένειας: Ανήλικα τέκνα(έτος γέννησης κάθε τέκνου):	
Ενήλικα τέκνα(προστατευόμενα μέλη):	
Επάγγελμα/Ιδιότητα Αιτούντος:	
ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ ΤΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ: Εισοδηματικά κριτήρια: Για ένα άτομο, 0 έως 6.000 ευρώ συν 1.500 ευρώ για κάθε επιπλέον μέλος της Οικογένειας, όπως αυτά δηλώνονται στο εκκαθαριστικό φορολογίας 2014. Εφ' όσον πληρούνται τα εισοδηματικά κριτήρια, η ένταξη στα προγράμματα θα γίνεται κατά προτεραιότητα ανάλογα με : Α) τον αριθμό προστατευόμενων μελών Β) τον αριθμό ανάπηρων μελών Γ) τον αριθμό άνεργων μελών στην οικογένεια	

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι ενημερώθηκα και αποδέχομαι τα κριτήρια επιλογής που τίθενται ανωτέρω για την ένταξή μου σε προγράμματα της ΚΟ.Δ.Ε.Π.

Επίσης δηλώνω υπεύθυνα ότι όλα τα στοιχεία που συμπληρώνω είναι ακριβή και αληθή.

Σε περίπτωση ανακρίβειας ή μη υποβολής των δικαιολογητικών που τα πιστοποιούν, γνωρίζω ότι θα απορριφθεί το αίτημά μου. Σε περίπτωση κατάθεσης αιτημάτων και από συνοικούντα μέλη της οικογένειάς μου, θα απορριφθούν όλες οι αιτήσεις. Σε περίπτωση αλλαγής κατοικίας ή οποιουδήποτε άλλου στοιχείου, που επηρεάζει τις προϋποθέσεις ένταξής μου σε πρόγραμμα, π.χ. απώλεια ιδιότητας, μείωση ποσοστού αναπηρίας κλπ., θα ενημερώσω άμεσα την ΚΟ.Δ.Ε.Π.

Ημερομηνία / Υπογραφή Αιτούντος