

## ΑΙΤΗΣΗ

### Στοιχεία Αιτητή / Αιτήτριας:

Όνοματεπώνυμο: \_\_\_\_\_ Α.Δ.Τ.: \_\_\_\_\_

Ημερομηνία Γεννήσεως: \_\_\_\_\_ Τηλέφωνα: \_\_\_\_\_

Διεύθυνση: \_\_\_\_\_ Τ.Κ. \_\_\_\_\_

Περιοχή: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Επάγγελμα: \_\_\_\_\_

### Οικογενειακή κατάσταση:

Εγγαμος/η, Άγαμος/η, Διαζευγμένος/η, Χήρος/α, Άλλο \_\_\_\_\_

### Όνόματα, ηλικίες και ΑΔΤ/ΑΡΚ παιδιών:

- 1) \_\_\_\_\_ μένει μαζί σας; Ναι / Όχι
- 2) \_\_\_\_\_ μένει μαζί σας; Ναι / Όχι
- 3) \_\_\_\_\_ μένει μαζί σας; Ναι / Όχι
- 4) \_\_\_\_\_ μένει μαζί σας; Ναι / Όχι
- 5) \_\_\_\_\_ μένει μαζί σας; Ναι / Όχι

### Στοιχεία συζύγου:

Όνοματεπώνυμο: \_\_\_\_\_ Α.Δ.Τ.: \_\_\_\_\_

Ημερομηνία Γεννήσεως: \_\_\_\_\_ Τηλέφωνα: \_\_\_\_\_

Διεύθυνση: \_\_\_\_\_ Τ.Κ. \_\_\_\_\_

Περιοχή: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Επάγγελμα: \_\_\_\_\_

**Οικονομική Κατάσταση (σημειώστε τα μηνιαία ποσά όπου ισχύουν ή αν εξετάζεται το αίτημα και επισυνάψτε τα σχετικά αποδεικτικά):**

<b>Εισοδήματα από:</b>	<b>Ποσό:</b>	<b>Εξοδα για:</b>	<b>Ποσό:</b>
Εργασία αιτητή (καθαρά)		Ενοίκιο	
Εργασία συζύγου (καθαρά)		Δόση οικιστικού δανείου	
Εργασία/βοηθήματα/επιδόματα παιδιών που διαμένουν μαζί σας (συνολικά για όλα τα παιδιά)		Δόση άλλου δανείου (να σημειωθεί και ο σκοπός του δανείου)	
Δημόσιο Βοήθημα/ ΕΕΕ		Παιδικός Σταθμός	
Σύνταξη / Σύνταξη Ανικανότητα/ Συμπλήρωμα συντάξεων		Ειδική Φαρμακευτική Αγωγή που δεν προσφέρεται στο Δημόσιο Νοσοκομείο (απαραίτητη σχετική βεβαίωση)	
Επιδόματα (Πολυτέκνων/ Τέκνων/ Μονογονιού/ Άλλο)		Θεραπείες που δεν προσφέρονται στο Δημόσιο Νοσοκομείο	
Επιδόματα από το Τμήμα Κοινωνικής Ενσωμάτωσης Ατόμων με Αναπηρία (συνολικά τα ποσά)		Ειδική Διατροφή (πχ παιδική αλλεργία στη λακτόζη)	
Διατροφή συζύγου		Φροντίδα	
Ενοίκια από ιδιόκτητα οικήματα		Άλλες ειδικές ανάγκες	
Αποταμιεύσεις		Εκπαίδευση	
Άλλο:		Άλλο:	

## Υπεύθυνη Δήλωση

Εγώ ο/η \_\_\_\_\_ με αριθμό ταυτότητας \_\_\_\_\_ δηλώνω υπεύθυνα ότι όλα τα πιο πάνω στοιχεία είναι αληθή και επισυνάπτω όλα τα σχετικά στοιχεία και βεβαιώσεις.

Γνωρίζω πως τα προσωπικά μου στοιχεία θα διατεθούν αποκλειστικά για σκοπούς εξέτασης της αίτησής μου και πως θα είναι σε γνώση του λειτουργού του Κοινωνικού Παντοπωλείου.

Σε περίπτωση αλλαγής της οικονομικής μου κατάστασης, της διεύθυνσης διαμονής ή/και του αριθμού του τηλεφώνου μου θα ενημερώσω το λειτουργό του Κοινωνικού Παντοπωλείου. Έχω διαβάσει και έχω κατανοήσει τις Γενικές Πληροφορίες (Έντυπο 1) και έχω πάρει αντίγραφο.

Εξουσιοδοτώ τον λειτουργό του Κοινωνικού Παντοπωλείου του Δήμου Λεμεσού, όπως εξασφαλίσει και διερευνήσει από άλλες Κυβερνητικές Υπηρεσίες και/ή οποιαδήποτε Αρχή και/ή οποιοδήποτε Φορέα, οποιαδήποτε στοιχεία και/ή πληροφορίες σχετίζονται με την οικονομική μου κατάσταση και είναι αναγκαία προκειμένου να εξεταστεί η αίτησή μου για να καταστώ δικαιούχος του Κοινωνικού Παντοπωλείου του Δήμου Λεμεσού.

\_\_\_\_\_  
Υπογραφή

\_\_\_\_\_  
Ημερομηνία