



ΑΙΤΗΣΗ

Στοιχεία Αιτητή / Αιτήτριας:

Όνοματεπώνυμο: _____ Α.Δ.Τ.: _____

Ημερομηνία Γεννήσεως: _____ Τηλέφωνα: _____

Διεύθυνση: _____ Τ.Κ. _____

Περιοχή: _____ E-mail: _____

Επάγγελμα: _____

Οικογενειακή κατάσταση:

Έγγαμος/η, Άγαμος/η, Διαζευγμένος/η, Χήρος/α, Άλλο _____

Ονόματα και ηλικίες 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
- 6) _____ 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):

Εισοδήματα από:	Ποσό:	Εξοδα για:	Ποσό:
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/ Γραφείο Ενημερίας		Παιδικός Σταθμός	
Σύνταξη / Σύνταξη Ανικανότητα/ Συμπλήρωμα συντάξεων		Ειδική Φαρμακευτική Αγωγή που δεν προσφέρεται στο Δημόσιο Νοσοκομείο (απαραίτητη σχετική βεβαίωση)	
Επιδόματα (Πολυτέκνων/ Τέκνων/ 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, του Δημοτικού Γραμματέα, του Δημάρχου και των Μελών του Δημοτικού Συμβουλίου Λεμεσού.

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 τις Υπηρεσίες Κοινωνικής Ευημερίας του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και/ή από οποιαδήποτε άλλη Κυβερνητική Υπηρεσία 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