### C:\Documents and Settings\user\Desktop\AGGELIKI\logo.jpg **Αγρίνιο ..../..../ 2025**

###  **Αρ.Πρωτ**.:

###

 **ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ**

ΑΡ. ΜΕΛΩΝ: ………………………………….

 ΕΙΣΟΔΗΜΑ: …………………………………

 ΚΑΡΤΑ ΑΝΕΡΓΙΑΣ: ΝΑΙ ΟΧΙ

 ΑΝΑΠΗΡΙΑ: ΝΑΙ ΟΧΙ

 Α.Μ.:……………………………………………

###

### **ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ**

### **ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ & ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

«ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ»

ΑΙΤΗΣΗ- ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΕΝΤΑΞΗΣ/ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ

ΣΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ ΔΗΜΟΥ ΑΓΡΙΝΙΟΥ

ΓΙΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 2025

**Στοιχεία αιτούντος/αιτούσας**

|  |
| --- |
| Ονοματεπώνυμο: ................................................ ……………………….. |
| ΑΔΤ ή Διαβατηρίου..................................................................... Ημερομ. Γέννησης........../........../.......... |
|  Ονοματεπώνυμο πατέρα: .......................................μητέρας:.................................................. |
| Τηλ……………………………………………….Κινητό:................................................................................. |
| Πόλη διαμονής: Οδός-αριθμός:.....................................................ΤΚ:........................ |
| ΑΦΜ........................................ΑΜΚΑ.........................................Ασφ. Φορέας............................................. |

**Δικαιούχος ΚΕΑ - Κοινωνικού Εισοδήματος Αλληλεγγύης)** Ναι Όχι

**Επιθυμητή χρήση υπηρεσιών από τη δομή του Κοινωνικού Φαρμακείου**

Παροχή φαρμάκων & Υγειονομικού υλικού Συμβουλευτική

 **Οικογενειακή κατάσταση**

 Έγγαμος/η Διαζευγμένος/η Σε διάσταση Χήρος/α Άγαμος/η

**Επαγγελματική κατάσταση**

Εργαζόμενος Επάγγελμα ....................................................................................................

Άνεργος Χρόνος Ανεργίας (σε μήνες)

**Αναπηρία**

Ναι Όχι

**Επίδομα**

Ναι Όχι

**Αποδεικτικό έγγραφο νόμιμης διαμονής στην Ελλάδα (Για Πρόσφυγες)**

Ναι Όχι

**Κατάσταση υγείας**

Αναφέρατε αν υπάρχει χρόνιο νόσημα ή άλλο πρόβλημα υγείας ..........................................................................

Αναφέρατε αν μέλος της οικογένειας αντιμετωπίζει χρόνιο πρόβλημα υγείας ή είναι άτομο με αναπηρία

............................................................................................................................................................................

**Άλλο:** ..................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................

**Στοιχεία σύνθεσης οικογένειας αιτούντος/αιτούσας**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Α/Α** | **Ονοματεπώνυμο** | **Ημερομηνία****γέννησης** | **Συγγενική****σχέση** | **Επάγγελμα/ Ανεργία** | **Εκπαίδευση** | **Ασφαλιστικός Φορέας** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |

 Προσοχή

Εάν κάποιο από τα παραπάνω αναγραφόμενα άτομα δεν είναι προστατευόμενο μέλος και δεν αναγράφεται στο Ε1 του αιτούντος/αιτούσας, πρέπει να προσκομίζεται και το δικό του Ε1.

Εάν δεν προσκομιστεί δεν γίνεται δεκτό ως μέλος της οικογένειας (η αίτηση γίνεται δεκτή για τα υπόλοιπα μέλη.



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

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

|  |  |
| --- | --- |
| ΠΡΟΣ (1) |  |
| Ο – Η Όνομα: |  | Επώνυμο: |  |
| Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:  |  |
| Όνομα και Επώνυμο Μητέρας: |  |
| Ημερομηνία γέννησης(2) |  |
| Τόπος Γέννησης: |  |
| Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας: |  | Τηλ: |  |
| Τόπος Κατοικίας: |  | Οδός: |  | Αριθ: |  | ΤΚ: |  |
| Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax): |  | Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου(Εmail): |  |

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (3) 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 τους υπευθύνους του «Κοινωνικού Φαρμακείου» του Δήμου Αγρινίου.
3. Αποδέχομαι τους όρους του κανονισμού λειτουργίας του «Κοινωνικού Φαρμακείου» Δήμου Αγρινίου, όπως ισχύουν σήμερα.
4. Εξουσιοδοτώ τους υπευθύνους του «Κοινωνικού Φαρμακείου» του Δήμου Αγρινίου, να διασταυρώνουν την εγκυρότητα των στοιχείων που καταθέτω με πιστοποιητικά μέσω των αρμόδιων Υπηρεσιών.
5. Γνωρίζω ότι οι υπεύθυνοι του «Κοινωνικού Φαρμακείου» Δήμου Αγρινίου 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.

(1)Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία το δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2)Αναγράφεται ολογράφως.

(3)«Όποιος εν γνώση του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή υποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτό του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 αιτών» .

(4)Σε περίπτωση ανεπαρκείας χώρου η δηλώσει συνεχίζεται στην πέσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.

Ημερομηνία: ....../......./2025

  **Ονοματεπώνυμο και υπογραφή**

 **αιτούντος/αιτούσας**

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

**ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

**(πρέπει να προσκομιστούν από όλους τους αιτούντες)**

* Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης
* Φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου (για όλους) και άδειας παραμονής σε ισχύ (για αλλοδαπούς).
* Βεβαίωση μόνιμης κατοικίας από τον Δήμο ή αντίγραφο λογαριασμού ΔΕΗ ή αντίγραφο μισθωτηρίου συμβολαίου, από το οποίο να πιστοποιείται η διεύθυνση κατοικίας.
* Αντίγραφο της τελευταίας δήλωσης φορολογίας εισοδήματος (έντυπο Ε1) και αντίγραφο του εκκαθαριστικού σημειώματος φυσικών προσώπων και σε περίπτωση μη υπάρξεως αυτών υπεύθυνη δήλωση περί μη υποχρέωσης υποβολής δήλωσης φορολογίας εισοδήματος.
* Αντίγραφο δήλωσης στοιχείων ακινήτων (έντυπο Ε9) ή υπεύθυνη δήλωση περί μη κατοχής ακίνητης περιουσίας όλων των μελών της οικογένειας. Στην περίπτωση που ο δικαιούχος ή και η σύζυγος είναι κάτοχος ακίνητης περιουσίας απαιτείται αντίγραφο ΕΝΦΙΑ.
* Εγκεκριμένη αίτηση ΚΕΑ (Κοινωνικό Εισόδημα Αλληλεγγύης)
* Επίσημη Ιατρική συνταγή για φαρμακευτική αγωγή σε ισχύ, **εφόσον** υπάρχει πρόβλημα υγείας (των αιτούντων ή και μελών της οικογένειας).

**ΜΗ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

 **(ανάλογα με την κατάσταση του υποψηφίου δυνητικού δικαιούχου)**

* Κάρτα ανεργίας σε ισχύ, εφόσον πρόκειται για άνεργο (των αιτούντων ή και μελών της οικογένειας) ή βεβαίωση χρόνου ανεργίας (τρέχουσα κατάσταση
* Επίσημη Ιατρική Γνωμάτευση σε ισχύ, εφόσον υπάρχει πρόβλημα υγείας (των αιτούντων ή και μελών της οικογένειας).
* Γνωμάτευση Πρωτοβάθμιας Επιτροπής σε ισχύ περί ποσοστού αναπηρίας ή Κέντρου Πιστοποίησης Αναπηρίας (ΚΕ.Π.Α.), εφόσον πρόκειται για Άτομα με Ειδικές Ανάγκες (των αιτούντων ή και μελών της οικογένειας).
* Μισθωτήριο συμβόλαιο.
* Βεβαίωση δανείου πρώτης κατοικίας στην οποία κατοικεί η οικογένεια (και δεν διαθέτει άλλο ακίνητο).

**Για τους πρόσφυγες:**

* Αποδεικτικό κατοικίας.
* Αποδεικτικό έγγραφο νόμιμης διανομής στην Ελλάδα.

Οι ενδιαφερόμενοι προς ένταξη οφείλουν να προσκομίσουν οποιοδήποτε άλλο στοιχείο τους ζητηθεί από την αρμόδια Υπηρεσία, το οποίο κρίνεται σημαντικό για τη διαμόρφωση πληρέστερης εικόνας της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης του αιτούντος και της οικογένειάς του.