### C:\Documents and Settings\user\Desktop\AGGELIKI\logo.jpgΑγρίνιο, …../…../2025

 Αρ. Πρωτ.:

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ & ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

 **«ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ »**

*Παλαμά 20, Αγρίνιο*

*Τηλέφ.: 2641033582*

 **ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ**

**ΑΡ.ΑΠΟΦ.ΕΠ.: ………………………………………..**

**ΑΡΙΘ.ΚΑΡΤΑΣ : …………………………………………**

 **ΑΡ. ΜΕΛΩΝ: …………………………………………..**

**ΕΙΣΟΔΗΜΑ: ……………………………………………**

**ΙΣΧΎΕΙ ΜΕΧΡΙ: …………………………………………..**

**ΠΑΡΕΛΑΒΕ: ………………………………………….**

ΑΙΤΗΣΗ - ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΕΝΤΑΞΗΣ / ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ

ΣΤΗ ΔΟΜΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΔΗΜΟΥ ΑΓΡΙΝΙΟΥ ΓΙΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 2025

**Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ/ΑΙΤΟΥΣΑΣ:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ΕΠΩΝΥΜΟ: |  | ΟΝΟΜΑ: |  |
| ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ: |  | ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ: |  |
| Α.Δ.Τ. /ΑΡ. ΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ: |  | ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: |  |
| ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ: |  | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: |  | Τ.Κ. |  |
| ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΣΤΑΘΕΡΟ: |  | ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΚΙΝΗΤΟ: |  |
| ΑΦΜ: |  | ΑΜΚΑ: |  |
| ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ: |  | ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΣ ΚΕΑ (ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΑΛΗΛΕΓΓΥΗΣ): | ΝΑΙ | ΟΧΙ |

**Β. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΕΛΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΠΟΥ ΔΙΑΜΕΝΟΥΝ ΜΑΖΙ:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Α/Α | ΕΠΩΝΥΜΟ | ΟΝΟΜΑ | ΗΛΙΚΙΑ | ΣΥΓΓΕΝΙΚΗ ΣΧΕΣΗ | ΑΜΚΑ |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

 ΑΓΡΙΝΙΟ ……./………/2025

 Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ

(Υπογραφή)



**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. **Είμαι ανασφάλιστη/ανασφάλιστος και δεν έχω ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σε κανένα ασφαλιστικό ταμείο**.
2. Τα πιο πάνω στοιχεία είναι αληθή και επισυνάπτω όλα τα σχετικά δικαιολογητικά και βεβαιώσεις.
3. Σε περίπτωση αλλαγής της οικονομικής μου κατάστασης, της διεύθυνσης διαμονής και του τηλεφωνικού μου αριθμού θα ενημερώσω άμεσα την Κοινωνική Υπηρεσία του Δήμου.
4. Εξουσιοδοτώ την Κοινωνική Υπηρεσία του Δήμου Αγρινίου να διασταυρώνει την εγκυρότητα των στοιχείων που καταθέτω με πιστοποιητικά μέσω των αρμόδιων Υπηρεσιών.
5. Σε περίπτωση ανακρίβειας ή μη υποβολής των δικαιολογητικών που πιστοποιούν τα όσα δηλώνω, γνωρίζω ότι θα απορριφθεί το αίτημά μου.

Ημερομηνία: ....../......./..2025

**Ονοματεπώνυμο Αιτούντος/Αιτούσας**

(Yπογραφή)

**ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΕΝΤΑΞΗ**

1. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.
2. Φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου (για όλους) και άδειας παραμονής σε ισχύ (για αλλοδαπούς).
3. Δυο μικρές φωτογραφίες από το κάθε μέλος που θα ασφαλιστεί.
4. Πρόσφατη **ιατρική συνταγή φαρμάκων.**
5. Βεβαίωση μόνιμης κατοικίας από τον Δήμο ή αντίγραφο λογαριασμού **ΔΕΗ** ή αντίγραφο μισθωτηρίου συμβολαίου, από το οποίο να πιστοποιείται η διεύθυνση κατοικίας.
6. Αντίγραφο της τελευταίας δήλωσης φορολογίας εισοδήματος (**έντυπο Ε1**) και **αντίγραφο του εκκαθαριστικού** σημειώματος φυσικών προσώπων.
7. Αντίγραφο δήλωσης στοιχείων ακινήτων (**έντυπο Ε9)** ή υπεύθυνη δήλωση περί μη κατοχής ακίνητης περιουσίας όλων των μελών της οικογένειας.
8. Εγκεκριμένη αίτηση ΚΕΑ (Κοινωνικό Εισόδημα Αλληλεγγύης)

**ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗ**

1. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.
2. Πρόσφατη **ιατρική συνταγή φαρμάκων.**
3. Αντίγραφο της τελευταίας δήλωσης φορολογίας εισοδήματος (**έντυπο Ε1**) και **αντίγραφο του εκκαθαριστικού** σημειώματος φυσικών προσώπων.
4. Αντίγραφο δήλωσης στοιχείων ακινήτων (**έντυπο Ε9)** ή υπεύθυνη δήλωση περί μη κατοχής ακίνητης περιουσίας όλων των μελών της οικογένειας.
5. Εγκεκριμένη αίτηση ΚΕΑ (Κοινωνικό Εισόδημα Αλληλεγγύης)

*Για οποιαδήποτε διευκρίνιση ή πληροφορία μπορείτε να επικοινωνείτε όλες τις εργάσιμες ώρες και ημέρες στο τηλέφωνο 2641033582.*