 

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**

**ΠΡΟΣ*:* ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΔΗΜΟΥ ΑΧΑΡΝΩΝ ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ**

**ΝΟΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**

**ΔΗΜΟΣ ΑΧΑΡΝΩΝ**

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ**

**ΦΙΛΑΔΕΛΦΕΙΑΣ 87 & ΜΠΟΣΔΑ**

**ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: 2128098292, 2102463543, 2132123127 email:** [**koinpantopolio@acharnes.gr**](mailto:koinpantopolio@acharnes.gr)

|  |
| --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ ΕΝΤΑΞΗΣ ΣΤΗ ΔΟΜΗ ΠΑΡΟΧΗΣ ΒΑΣΙΚΩΝ ΑΓΑΘΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΑΝΤΟΠΩΛΕΙΟ «ΕΛΕΝΗ ΣΑΧΣΑΝΙΔΗ» ΔΗΜΟΥ ΑΧΑΡΝΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 2026** |

**ΕΠΩΝΥΜΟ:** …………………………………………………………. **ΟΝΟΜΑ:** …………………………………………………………………………….

**ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:** …………………………………………………… **ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ:** ……………………………………………………………………..

**Α.Φ.Μ. :** …………………………………………………………… **Α.Μ.Κ.Α.:** ……………………………………………………………………………

**ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΣΤΑΘΕΡΟ:** …………………………………………. **ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ:** ……………………………………………………..……….

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:** ……………………………………. **ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ:** ……………….…………………………..….............

**ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ** Ή ΘΕΩΡΗΜΕΝΟ ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟ ΚΑΙ ΑΔΕΙΑ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΣΕ ΙΣΧΥ: ………………………………………………….

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:** ………………………………………………………………........................................................................................

**ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ** στο νοικοκυριό: ΝΑΙ ΟΧΙ ΠΟΣΟΣΤΟ …………… …..

**ΑΝΕΡΓΙΑ** **ΣΕ ΙΣΧΥ** στο νοικοκυριό : ΝΑΙ ΟΧΙ **Έχετε ενταχθεί ξανά στο Παντοπωλείο**: ΝΑΙ ΟΧΙ

**ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:** Έγγαμος-η Άγαμος-η Διαζευγμένος-η Χήρος-α Άλλο…………………………

**ΣΥΝΘΕΣΗ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ ( αν μένουν μαζί) :** Μονογονεϊκή (με ανήλικα τέκνα ) Πολύτεκνη (με ανήλικα τέκνα)

**ΣΥΝΟΛΟ ΟΛΩΝ των συνοικούντων μελών του νοικοκυριού ΜΑΖΙ με τον/την ΑΙΤΩΝ-ΟΥΣΑ: ………………………………**

**Αν εγκριθώ και δεν μπορώ να παραλάβω το άτομο που ορίζω να με εξυπηρετήσει είναι: ……………………………………………………..**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΣΥΝΟΙΚΟΥΝ ΣΤΟ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟ, ( χωρίς τον αιτών –ούσα) ,**  **αναγράψτε τα στοιχεία των επιπρόσθετων μελών στον παρακάτω πίνακα** | | | | | | |
| Ονοματεπώνυμο Μέλους | Πατρώνυμο Μέλους | Συγγενική σχέση με αιτούντα | Ενήλικος (Ε) Ανήλικος (Α) | Α.Μ.Κ.Α. Μέλους | Ημερομηνία Γέννησης Μέλους | Πιστοποι-ημένη Αναπηρία Μέλους |
|
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|
|  |  |  |  |  |  |  |
|
|  |  |  |  |  |  |  |
|
|  |  |  |  |  |  |  |
|
|  |  |  |  |  |  |  |
|

Με την παρούσα αίτηση μου, επιθυμώ να ενταχθώ στο Κοινωνικό Παντοπωλείου του Δήμου Αχαρνών, δηλώνω ότι συμφωνώ να δώσω τα προσωπικά μου στοιχεία για το σκοπό αυτό, τα οποία είναι αληθή. Έχω ενημερωθεί για τα απαιτούμενα δικαιολογητικά που οφείλω να καταθέσω, σε περίπτωση μη προσκόμισης αυτών, **η αίτηση μου θα απορριφθεί**. Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (3), που προβλέπονται από της διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:. δεν είμαι δικαιούχος TEBA , και **δεν λαμβάνω καμία άλλη παροχή τροφίμων.** Σε έλεγχο που θα **πραγματοποιηθεί αν βρεθώ δικαιούχος ΤΕΒΑ , γνωρίζω και δέχομαι ότι η αίτηση μου θα απορριφθεί.**

**Αχαρνές ……… /…… /2025 Ο/η αιτών /ούσα** (Υπογραφή & Ονοματεπώνυμο**)**

|  |
| --- |
| **ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΠΟΥ ΠΡΟΣΚΟΜΙΖΩ ΜΑΖΙ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ ΜΟΥ**  **ΣΤΗΝ ΑΡΜΟΔΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΓΙΑ ΕΛΕΓΧΟ** |

1. **Φωτοτυπία της αστυνομικής ταυτότητας** ή **φωτοτυπία θεωρημένου διαβατηρίου** μαζί με την άδεια παραμονής όλων, των μελών του νοικοκυριού**. ( Α.Μ.Κ.Α.** όλων των μελών του νοικοκυριού για την καταγραφή στην αίτηση)
2. **Αντίγραφο Λογαριασμού Δημόσιας Επιχείρησης Κοινής Ωφέλειας 2025** (Δ.Ε.Η. ή Ο.Τ.Ε. ή Ε.Υ.Δ.Α.Π.) ή μισθωτήριο συμβόλαιο ή λογαριασμό κινητής τηλεφωνίας ή πρόσφατη βεβαίωση μονίμου κατοικίας από το Δήμο μέσω του οποίου θα αποδεικνύεται η διεύθυνση της κατοικίας του.
3. **Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης** (τελευταίου Εξάμηνου για τους Έλληνες και του τελευταίου χρόνου για τους Αλλοδαπούς **μεταφρασμένο και επικυρωμένο από την προξενική αρχή**).

* Σε περίπτωση κατάθεσης πιστοποιητικού οικογενειακής κατάστασης **από άλλο Δήμο**, χρειάζεται  **βεβαίωση από τον εκάστοτε Δήμο** ότι δεν λαμβάνει καμία παροχή του Κοινωνικού Παντοπωλείου και οποιαδήποτε άλλη παροχή σε τρόφιμα από τον άλλο φορέα .
* Σε περίπτωση **χηρείας** εάν δεν αναγράφεται στο Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης, **απαιτείται ληξιαρχική πράξη θανάτου**.
* Σε περίπτωση **διαζυγίου**, **απαιτείται διαζευκτήριο (διαζύγιο) ή αίτηση αγωγής διαζυγίου σε ισχύ.**
* **Σε** περίπτωση **μονογονεϊκής οικογένειας** που προέρχεται από λύση γάμου (**διαζύγιο**), **απαιτείται οριστική ή προσωρινή δικαστική απόφαση επιμέλειας τέκνων ή  οποιοδήποτε άλλο  δικαιολογητικό κριθεί απαραίτητο κατά περίπτωση.**

1. Αντίγραφο της τελευταίας δήλωσης φορολογίας εισοδήματος **φορολογικού έτους 2024** **Έντυπο Ε1/2024 - όχι την σύνοψη όλες τις σελίδες,** όλων των μελών του νοικοκυριού που υποβάλλουν και των φιλοξενούμενων αν υπάρχουν.
2. Έντυπο "**Ενημέρωσης Εισοδημάτων –Δαπανών** /**2024**" όλων των μελών του νοικοκυριού που υποβάλλουν και

των φιλοξενούμενων αν υπάρχουν.

1. Αντίγραφο του τελευταίου **Εκκαθαριστικού Σημειώματος Έντυπο ΦΕΦΠ /2024 , όχι την σύνοψη όλες τις σελίδες**, όλων των μελών του νοικοκυριού που υποβάλλουν και των φιλοξενούμενων αν υπάρχουν. Σε περίπτωση **ζευγαριού χρειάζονται** τα Εκκαθαριστικά **και για τον Υπόχρεο και για την σύζυγο.**

1. Αντίγραφο **Εκκαθαριστικού ΕΝΦΙΑ /2025** όλων των μελών που υποβάλλουν και των φιλοξενούμενων μελών αν υπάρχουν.
2. Βεβαίωση φορολογικής αρχής της χώρας προέλευσης για την οικονομική και περιουσιακή κατάσταση, μεταφρασμένο και επικυρωμένο από προξενική αρχή**, για αλλοδαπούς και οτιδήποτε άλλο έγγραφο κριθεί απαραίτητο .**
3. Αντίγραφο γνωμάτευσης Κέντρου Πιστοποίησης Αναπηρίας (**ΚΕ.Π.Α**.) ή άλλου φορέα **σε ισχύ**, με ποσοστού αναπηρίας **67% και άνω** - **λιγότερο ποσοστό δεν μοριοδοτείται.** ( αν υπάρχει αναπηρία )
4. Πρόσφατη Βεβαίωση ανεργίας **ΟΑΕΔ-ΔΥΠΑ σε ισχύ** (αν δηλώνεται ανεργία & για όσα μέλη δηλώνουν )
5. **ΑΛΛΟ :** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ……./……./2025 Ο/Η Αιτών –ούσα**  (υπογραφή κ ονοματεπώνυμο)

**ΕΛΕΓΧΟΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ή ΜΗ ΤΕΒΑ ΑΠΟ ΤΗ Δ/ΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ**

**ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΟ ΤΕΒΑ : ΝΑΙ  ΟΧΙ  ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ : ………/…../……….**

**Ο/Η ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ………………………………………………………………………………**