



ΑΙΤΗΣΗ - ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΗ ΔΩΡΕΑΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ
ΣΕ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΥΣ (υπ' αρ. Α3(γ)/ΓΠ/οικ.25132 Κ.Υ.Α. (ΦΕΚ 908/2016 τ. Β')

Προς: ΔΗΜΟ ΜΑΛΕΒΙΖΙΟΥ	Αρμόδια Υπηρεσία: Αυτοτελές Τμήμα Κοινωνικής Προστασίας, Παιδείας & Πολιτισμού Γραφείο Κοινωνικής Υπηρεσίας	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

ΕΠΩΝΥΜΟ:	ΑΜΚΑ:																		
ΟΝΟΜΑ:	ΑΦΜ:																		
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:	ΔΟΥ:																		
ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ:	ΑΔΤ/ΑΔΕΙΑΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ:																		
ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ:																		
ΙΘΑΓΕΝΕΙΑ:	ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ:																		
Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:	ΤΗΛ./ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛ.:																		
Τ.Κ.: ΔΗΜΟΣ:	Ε-MAIL:																		
ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΜΕΝΟΣ:	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ:																
				(Σύμφωνα με τον πίνακα)															

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΕΛΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ
(Σύζυγος και εξαρτώμενα τέκνα)

	ΣΥΖΥΓΟΣ	ΤΕΚΝΟ	ΤΕΚΝΟ	ΤΕΚΝΟ	ΤΕΚΝΟ
ΕΠΩΝΥΜΟ					
ΟΝΟΜΑ					
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ					
ΑΜΚΑ					
ΑΦΜ					
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ					

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις¹, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

- Δεν διαθέτω ενεργή ασφαλιστική ικανότητα και δεν διαθέτω ιδιωτική ασφάλιση.
- Κατοικώ μόνιμα στην ανωτέρω διεύθυνση.

¹ «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

3. Για τις κατηγορίες 8, 9 και 10:

- Κατά το τελευταίο φορολογικό έτος εγώ και η οικογένειά μου έχουμε συνολικά δηλωθέντα εισοδήματα από:

- α. Επίδομα ανεργίας ύψους.....
- β. Διατροφή ανηλικού τέκνου ύψους.....
- γ. Επίδομα αναδοχής ύψους.....
- δ. Εξωιδρυματικό επίδομα ύψους.....
- ε. Προνοιακό επίδομα αναπηρίας από το Δήμο ύψους.....
- στ. Το πρόγραμμα Εγγυημένο Κοινωνικό Εισόδημα.....

- Η συνολική αξία της ακίνητης περιουσίας μου και των μελών της οικογένειάς μου (σύμφωνα με το τελευταίο εκκαθαριστικό ΕΝΦΙΑ) είναι.....

- Το συνολικό ύψος των καταθέσεων και η τρέχουσα αξία μετοχών, ομολόγων και κινητών αξιών μου και των μελών της οικογένειάς μου στην Ελλάδα και το εξωτερικό είναι.....

- Συναινώ στο σύνολο των ηλεκτρονικών διασταυρώσεων και λοιπών ελέγχων που θα πραγματοποιηθούν για την επιβεβαίωση των στοιχείων που δηλώνω στην αίτηση.

Επισυνάπτω τα ακόλουθα δικαιολογητικά:

1. Φωτοτυπία ταυτότητας/διαβατηρίου ή φωτοτυπία άδειας διαμονής σε ισχύ ή βεβαίωσης κατάθεσης αιτήματος χορήγησης ή ανανέωσης.

2. Αποδεικτικό κατοικίας (μισθωτήριο συμβόλαιο ή λογαριασμός ΔΕΚΟ/τηλεφώνου, καθώς και σε περίπτωση φιλοξενίας, λογαριασμός ΔΕΚΟ/τηλεφώνου και υπεύθυνες δηλώσεις του αιτούντος και του ατόμου που φιλοξενεί).

3. Το δικαιολογητικό που αντιστοιχεί στην κατηγορία δικαιούχου του αιτούντος ή/και των μελών οικογένειας (σημειώστε).

.....
.....

4. Για τις κατηγορίες 8,9 και 10, Ε1 και εκκαθαριστικό τελευταίου φορολογικού έτους.

5. Για τις κατηγορίες 8,9 και 10, το δικαιολογητικό που αντιστοιχεί στα δηλωθέντα εισοδήματα α-στ. (Για την περίπτωση λήψης προνοιακού επιδόματος αναπηρίας από το Δήμο η Υπηρεσία προβαίνει σε αυτεπάγγελτη αναζήτηση).

.....

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ

(επισυνάπτεται εξουσιοδότηση/ πληρεξούσιο/ απόφαση δικαστικής συμπαράστασης και στοιχεία ταυτότητας)

ΕΠΩΝΥΜΟ:	ΑΔΤ:
ΟΝΟΜΑ:	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ:
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:	ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ:

.....(Πόλη-Ημερομηνία)

Ο/Η ΑΙΤ.....

.....(υπογραφή)

**ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ ΔΩΡΕΑΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ
ΣΕ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΥΣ ΚΑΙ ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

	ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ	ΕΙΔΙΚΟ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ
1.	Άτομα με αναπηρία, με ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω.	Γνωμάτευση από Κέντρο Πιστοποίησης Αναπηρίας ή σε ισχύ γνωμάτευση εφόρου ζωής ή αορίστου χρόνου από Α/βάθμια ή Β/βάθμια Υγειονομική Επιτροπή με ποσοστό 67% και άνω
2.	Ανήλικοι έως 18 ετών που φιλοξενούνται σε δομές των Κέντρων Κοινωνικής Πρόνοιας ή άλλα ιδρύματα ΝΠΔΔ ή ΝΠΙΔ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα ή είναι ασυνόδευτα παιδιά ή τοποθετούνται σε ανάδοχες οικογένειες ή είναι υπό Επιτροπεία ή η επιμέλειά τους έχει ανατεθεί με δικαστική απόφαση σε τρίτους.	Βεβαίωση του Κέντρου Κοινωνικής Πρόνοιας ή άλλου ιδρύματος ΝΠΔΔ ή ΝΠΙΔ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα που φιλοξενεί ή έχει κάνει την αναδοχή ή της πράξης εισαγγελεία για τον ορισμό Επιτρόπου ή της απόφασης διορισμού Επιτρόπου ή της δικαστικής απόφασης ανάθεσης της επιμέλειας ανηλίκου αντιστοίχα
3.	Άτομα που φιλοξενούνται σε όλες τις θεραπευτικές δομές των εγκεκριμένων οργανισμών θεραπείας του Ν. 4139/2013 ή παρακολουθούνται στους ίδιους οργανισμούς ως εξωτερικοί ασθενείς.	Βεβαίωση ή πιστοποιητικό από τον αρμόδιο φορέα που αναπτύσσει τα εν λόγω προγράμματα (ΚΕΘΕΑ ή ΟΚΑΝΑ ή Ψ.Ν.Α. ή Ψ.Ν.Θ.)
4.	Κρατούμενοι σε φυλακές και οι φιλοξενούμενοι σε ιδρύματα αγωγής ανηλίκων και σε στέγες φιλοξενίας ανηλίκων των εταιριών ανηλίκων (ΝΠΔΔ).	Βεβαίωση του οικείου σωφρονιστικού καταστήματος, του ιδρύματος αγωγής ή της στέγης φιλοξενίας ανηλίκων.
5.	Δικαιούχοι διεθνούς προστασίας (αναγνωρισμένοι πρόσφυγες και δικαιούχοι επικουρικής προστασίας) και οι ανιθαγενείς και τα μέλη των οικογενειών τους (σύζυγος και ανήλικα ή προστατευόμενα τέκνα).	«Άδεια Διαμονής Ενιαιού Τύπου» με την ένδειξη «Δικαιούχος Διεθνούς Προστασίας ή Μέλος Οικογένειας Δικαιούχου Διεθνούς Προστασίας» ή «Δελτίο Ταυτότητας Ανιθαγενούς» ή βεβαίωση κατάθεσης αιτήματος χορήγησης ή ανανέωσης.
6.	Όσοι διαμένουν στην Ελλάδα με καθεστώς παραμονής για ανθρωπιστικούς ή εξαιρετικούς λόγους και τα μέλη των οικογενειών τους (σύζυγος και ανήλικα ή προστατευόμενα τέκνα).	«Άδεια διαμονής για ανθρωπιστικούς ή εξαιρετικούς λόγους» ή βεβαίωση κατάθεσης αιτήματος χορήγησης ή ανανέωσης της.
7.	Θύματα των εγκλημάτων των άρθρων 323, 323 ^Α , 349, 351 και 351 ^Α του Ποινικού Κώδικα (σύμφωνα με το Π.Δ. 233/2003), και αλλοδαποί που εμπίπτουν στις διατάξεις του Ν.3875/2010 (Α' 158) «Κύρωση και εφαρμογή της Σύμβασης των Ηνωμένων Εθνών κατά του Διεθνικού Οργανωμένου Εγκλήματος».	Βεβαίωση από την οικεία Αστυνομική Διεύθυνση κατά τις διατάξεις του άρθρου 7 Π.Δ. 233/2003 (ΦΕΚ 204 τ.Α').
8.	Άτομα με αναπηρία, με ποσοστό αναπηρίας κάτω από 67%.	Γνωμάτευση από Κέντρο Πιστοποίησης Αναπηρίας με ποσοστό κάτω από 67%.
9.	Άτομα που ανήκουν στις κατηγορίες χρόνιων πασχόντων της Κ.Υ.Α. 31102/1870/2013 (ΦΕΚ 2906 τ.Β).	Ιατρική βεβαίωση από Δημόσια Δομή με την οποία πιστοποιείται η χρονιότητα της πάθησης (εφόσον δεν υπάρχει γνωμάτευση από ΚΕ.Π.Α.).
10.	Κάτοχοι βιβλιαρίου ανασφαλιστού με ισχύ την 04-04-2016 ή άτομα που είχαν καταθέσει έως 04-04-2016 αίτημα για βιβλιάριο ανασφαλιστού και τα μέλη των οικογενειών τους (σύζυγος και ανήλικα ή προστατευόμενα τέκνα).	Βιβλιάριο ανασφαλιστού με ισχύ την 04-04-2016 ή αίτηση έκδοσης/ ανανέωσης βιβλιαρίου ανασφαλιστού που κατατέθηκε έως 04-04-2016 και δεν εξετάστηκε.