



**ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΝΤΑΞΗ ΣΤΗ ΔΡΑΣΗ «ΠΡΟΙΚΑ ΤΟΥ ΜΩΡΟΥ»
ΠΡΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΗΜΟΥ ΜΑΛΕΒΙΖΙΟΥ**

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ (να συμπληρωθεί με ΚΕΦΑΛΑΙΑ γράμματα)			
Αρ. Ταυτότητας / Αρ. Εγγρ. Αλλοδαπού (ARC)	<input type="text"/>	Αρ. Κοιν. Ασφαλίσεων (ΑΜΚΑ ή ΑΜΑ)	<input type="text"/>
Αρ. Διαβατηρίου	<input type="text"/>	Χώρα Έκδοσης	<input type="text"/>
Όνομα Μητέρας	<input type="text"/>		
Επίθετο Μητέρας	<input type="text"/>		
Υπηκοότητα	<input type="text"/>		
Ημερ. Γέννησης	<input type="text"/>	Χώρα γέννησης	<input type="text"/>
Ηλ. Ταχυδρομείο	<input type="text"/>		
Τηλέφωνο σταθερό	<input type="text"/>	Τηλέφωνο κινητό	<input type="text"/>
Έγγαμος(η) / Σε συμβίωση <input type="checkbox"/> Μονογονέας <input type="checkbox"/>			
Είστε δικαιούχος Ελάχιστου Εγγυημένου Εισοδήματος;		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ Αρ. Αίτησης ΚΕΑ: _____	

2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΖΥΓΟΥ / ΠΑΤΕΡΑ (να συμπληρωθεί με ΚΕΦΑΛΑΙΑ γράμματα)

Αρ. Ταυτότητας / Αρ. Εγγραφής Αλλοδαπού (ARC)	<input type="text"/>	Αρ. Κοιν. Ασφαλίσεων (ΑΜΚΑ ή ΑΚΑ)	<input type="text"/>
Αρ. Διαβατηρίου	<input type="text"/>	Χώρα Έκδοσης	<input type="text"/>
Όνομα	<input type="text"/>		
Επίθετο	<input type="text"/>		
Υπηκοότητα	<input type="text"/>		
Ημερ. Γέννησης	<input type="text"/>	Χώρα γέννησης:	<input type="text"/>
Ηλ. Ταχυδρομείο	<input type="text"/>		
Τηλέφωνο σταθερό	<input type="text"/>	Τηλέφωνο κινητό	<input type="text"/>

3. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΑΜΟΝΗΣ

Οδός	<input type="text"/>
Αριθμός	<input type="text"/>
Δήμος / Κοινότητα	<input type="text"/>
Ταχ. Κώδ.	<input type="text"/>

4. ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ

Αποκλειστικά για σκοπούς υλοποίησης της δράσης «Η Προίκα του Μωρού», συναινώ στη διάθεση των στοιχείων μου στις εμπλεκόμενες Υπηρεσίες.

Υπογραφή ενδιαφερόμενης μητέρας

Ονοματεπώνυμο

5. ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

- A. Ενεργή αίτηση στο ΚΕΑ, κατά την ημερομηνία παραλαβής της «Προίκας του Μωρού».
 - B. Φωτοτυπία Αστυνομικής Ταυτότητας ή Διαβατηρίου
 - Γ. Πιστοποιητικό μόνιμης κατοικίας (Μπορεί να πιστοποιηθεί από λογαριασμό Κοινής Ωφέλειας π.χ. λογαριασμό ΔΕΗ ή Νερού)
 - Δ. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης
 - Ε. Βεβαίωση από ιατρό γυναικολόγο Δημόσιου Νοσοκομείου για την προβλεπόμενη ημερομηνία τοκετού.
 - ΣΤ. Βεβαίωση τοκετού – εξιτήριο του Δημόσιου Νοσοκομείου (θα κατατεθεί στην Υπηρεσία μετά τον τοκετό)
- Σε περίπτωση πολλαπλής κύησης (π.χ. δίδυμα, τρίδυμα), να αναφέρεται στη βεβαίωση ο αριθμός των παιδιών που κυοφορούνται

6. ΣΗΜΑΝΤΙΚΕΣ ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

Σε περίπτωση έγκρισης της ένταξής σας στη δράση «Προίκα του Μωρού» θα **ΠΡΕΠΕΙ**:

1. Να ενημερώσετε την Κοινωνική Υπηρεσία του Δήμου διαμονής σας, για οποιαδήποτε τυχόν αλλαγή προκύψει από την ημερομηνία ένταξης στη δράση και πριν την παράδοση της «Προίκας του Μωρού».
2. Η «Προίκα του Μωρού» θα παραδίδεται στην ωφελούμενη ένα μήνα πριν την αναγραφόμενη, στη βεβαίωση του ιατρού, προβλεπόμενη ημερομηνία τοκετού
3. Ο τοκετός θα πρέπει να έχει πραγματοποιηθεί σε Δημόσιο Νοσοκομείο.

7. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

- Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα πιο πάνω είναι αληθή. Σε περίπτωση ψευδούς δήλωσής μου ή και παροχής παραπλανητικών στοιχείων ή και λόγω αλλαγής των γεγονότων που αναφέρονται στη Δήλωση μου, γνωρίζω ότι η Δ/ση Κοινωνικής Μέριμνας δύναται να θέσει όρους ή/και να αναστείλει την προμήθεια των αγαθών. Γνωρίζω, επίσης, ότι σε περίπτωση που μου καταβληθεί η «Προίκα του Μωρού» αντικανονικά χωρίς να τη δικαιούμαι οφείλω να την επιστρέψω.
- Δεσμεύομαι ότι, για οποιαδήποτε αλλαγή της κατάστασης της οικογένειας ή των συνθηκών και στοιχείων που επηρεάζουν την ένταξη μου στη δράση «Προίκα του Μωρού», θα ενημερώσω τη Κοινωνική Υπηρεσία του Δήμου σε εύλογο χρόνο και πριν την παράδοση της «Προίκας του Μωρού».
- Εξουσιοδοτώ τη Δ/ση Κοινωνικής Μέριμνας, να επαληθεύσει σε συνεργασία με τις Κοινωνικές Υπηρεσίες των Δήμων όσα από τα στοιχεία που περιέχονται στη Δήλωσή μου κρίνουν απαραίτητο.

Τα στοιχεία που περιέχονται σε αυτή τη Δήλωση θα χρησιμοποιηθούν για τη δημιουργία του Μητρώου των επωφελούμενων οικογενειών το οποίο θα εξυπηρετεί την παρακολούθηση της παράδοσης της «Προίκας του Μωρού» καθώς επίσης και την εξαγωγή των απαιτούμενων στατιστικών στοιχείων. Επίσης, τα στοιχεία δύναται να τύχουν ανώνυμης επεξεργασίας για σκοπούς αξιολόγησης της δράσης.

- Συναινώ στην χρήση των προσωπικών μου δεδομένων αποκλειστικά για τη χρήση τους στη διαδικασία υλοποίησης της δράσης από τις εμπλεκόμενες Υπηρεσίες.

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Ημερομηνία υποβολής

Υπογραφή ενδιαφερόμενης μητέρας