



**ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΝΤΑΣ ΤΗΝ ΥΠΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΥΛΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΩΝ ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΩΝ – ΒΡΕΦΙΚΑ ΠΑΚΕΤΑ (BABY KITS)**

Δήμος _____

Ονοματεπώνυμο / Α.Φ.Μ. Αιτούσας: _____

Διεύθυνση Κατοικίας Αιτούσας: _____

Σταθερό τηλέφωνο: _____ **Κινητό:** _____

ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ ΥΠΟΒΟΛΗ ΤΩΝ ΚΑΤΩΘΙ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ:

- 1. Αντίγραφο Αστυνομικής Ταυτότητας ή Διαβατηρίου της αιτούσας**
- 2. Εκκαθαριστικό Φορολογικού Έτους 2024** της αιτούσας και του συζύγου (σε περίπτωση ξεχωριστής φορολογικής δήλωσης)
- 3. Πρόσφατο Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης**
- 4. Ιατρική γνωμάτευση γυναικολόγου περί κατάστασης εγκυμοσύνης και μόνο όταν υπάρχει η αντίστοιχη συναίνεση για τα προσωπικά δεδομένα. Σε περίπτωση διδυμής κύησης να γίνεται ειδική αναφορά.**
- 5. Πιστοποίηση διεύθυνσης κατοικίας** με αντίγραφο λογαριασμού ρεύματος ή ύδρευσης ή κινητής/σταθερής τηλεφωνίας στο όνομα της αιτούσας/συζύγου ή συμβόλαιο ενοικίασης κατοικίας σε ισχύ μαζί με λογαριασμό στο όνομα του ιδιοκτήτη, ή δήλωση στην ΑΑΔΕ με τα στοιχεία μίσθωσης της κατοικίας.
- 6. Πρόσφατη ΒΕΒΑΙΩΣΗ Ανεργίας από ΟΑΕΔ της αιτούσας και του συζύγου (εάν υπάρχει ανεργία)**
- 7. Πιστοποιητικό Αναπηρίας σε ισχύ από αρμόδια επιτροπή ΚΕ.Π.Α για σύζυγο και ανήλικο τέκνο (μόνο για αναπηρία 80% και άνω, εφόσον υπάρχει και η αντίστοιχη συναίνεση για τα προσωπικά δεδομένα).**
- 8. Το ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ για το πιστοποιητικό αναπηρίας υπογράφεται από:** Α) την ΑΙΤΟΥΣΑ για το δικό της πιστοποιητικό αναπηρίας Β) του συζύγου για το δικό του πιστοποιητικό αναπηρίας. Ειδικά για τα ανήλικα τέκνα το ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ υπογράφεται από τους δύο γονείς ή τον κηδεμόνα.
- 9. Το ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ για την ιατρική γνωμάτευση γυναικολόγου υπογράφεται από την ΑΙΤΟΥΣΑ.** Σημειώνεται ότι χωρίς την ιατρική γνωμάτευση δεν δύναται να αξιολογηθεί η αίτηση για την συμμετοχή στο Πρόγραμμα

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ ΤΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ:

Εισοδηματικά κριτήρια: Οικογενειακό εισόδημα για ένα άτομο από 0 έως 24.000 € συν 1.500 ΕΥΡΩ για κάθε επιπλέον μέλος της οικογένειας, δηλαδή 2 / 25.500€, 3 / 27.000€, 4 / 28.500€, 5 / 30.000€, 6 / 31.500€.

Εφ' όσον πληρούνται τα ανωτέρω κριτήρια, η βοήθεια θα δοθεί κατά προτεραιότητα σε:

- Α) Οικογένειες με περισσότερα **ανήλικα τέκνα.**
- Β) Οικογένειες με ανάπηρα μέλη (πιστοποιημένη **βαριά αναπηρία 80% και άνω**).
- Γ) **Μονογονεϊκές** οικογένειες με **ανήλικα τέκνα** (εφόσον υπάρχει επίσημη επιμέλεια των τέκνων).
- Δ) Οικογένειες με **δύο άνεργους γονείς και ανήλικα τέκνα.**

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΑΙΤΟΥΣΑΣ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι: Α. Ενημερώθηκα και αποδέχομαι τα κριτήρια επιλογής και προτεραιότητας που θέτει η ΑΠΟΣΤΟΛΗ για το πρόγραμμα ενίσχυσης ενάντια στην Υπογεννητικότητα-Baby Kits. Β. Δεν λαμβάνω την ίδια ή συναφή υπηρεσία σε είδος από άλλον φορέα. Γ. Όλα τα στοιχεία που συμπληρώνω είναι ακριβή και αληθή. Σε περίπτωση ανακρίβειας ή μη υποβολής των δικαιολογητικών που πιστοποιούν τα όσα δηλώνω, γνωρίζω ότι θα απορριφθεί το αίτημά μου. Δ. Έχω λάβει γνώση της ενημέρωσης περί επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων, η οποία βρίσκεται αναρτημένη σε εμφανές σημείο στην ιστοσελίδα www.mkoapostoli.com και σε εμφανή χώρο του κατά τόπον Δημαρχείου/ Γραφείου Δημοτικής Κοινότητας και έχω παραπέμψει σε αυτήν τα τρίτα πρόσωπα των οποίων δίνω προσωπικά δεδομένα.

Ημερομηνία:

Υπογραφή Αιτούντος:

ΔΗΜΟΣ/ΓΡΑΦΕΙΟ ΔΗΜ. ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ (σφραγίδα):

ΜΠΡΟΤΑ
για την οικογένεια

 **EUROBANK**

Σημαντικές Οδηγίες και Διευκρινήσεις προς τους Αιτούντες

1. Αιτήσεις θα κατατεθούν ΜΟΝΟ ΣΤΟ ΔΗΜΑΡΧΕΙΟ/ΓΡΑΦΕΙΟ ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ, όπου έχει αναρτηθεί σχετική ανακοίνωση.
2. Η κάθε ενδιαφερόμενη πρέπει να υποβάλει αίτηση στο ΔΗΜΑΡΧΕΙΟ όπου ανήκει, ή στο ΓΡΑΦΕΙΟ ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ.
3. Δεν θα γίνονται δεκτά δικαιολογητικά χωρίς να **έχει συμπληρωθεί το έντυπο της αίτησης**. Δεν θα γίνονται δεκτές αιτήσεις με ελλιπή στοιχεία ή δικαιολογητικά.
4. Δεν θα γίνονται δεκτές αιτήσεις που δεν δηλώνουν στοιχεία επικοινωνίας, δηλαδή τηλέφωνο σταθερό/κινητό.
5. Δεν θα γίνονται δεκτές αιτήσεις χωρίς υπογραφή της αιτούσας και σφραγίδα εκ του Δημαρχείου/ Γραφείου Δημοτικής Κοινότητας.
6. **Δεν θα γίνεται δεκτό το πιστοποιητικό βαριάς αναπηρίας εάν δεν συνοδεύεται από το ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ**, το οποίο υπογράφεται από: Α) την ΑΙΤΟΥΣΑ για το δικό της πιστοποιητικό αναπηρίας Β) τον σύζυγο για το δικό του πιστοποιητικό αναπηρίας. Ειδικά για τα ανήλικα τέκνα τα παιδιά και όσα είναι τα μέλη οικογένειας με πιστοποιητικά αναπηρίας το ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ υπογράφεται από τους δύο γονείς ή τον κηδεμόνα.

Σημειώνεται ότι χωρίς την ιατρική γνωμάτευση δεν δύναται να αξιολογηθεί η αίτηση για την συμμετοχή στο Πρόγραμμα.

7. Η αιτούσα οφείλει εφόσον δίνει στοιχεία τρίτων προσώπων να τους παραπέμπει στο ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ, το οποίο βρίσκεται αναρτημένο σε εμφανές σημείο στην ιστοσελίδα www.mkoapostoli.com και σε εμφανή χώρο του κατά τόπον Δημαρχείου/ Γραφείου Δημοτικής Κοινότητας.

10. Ανήλικα τέκνα είναι τα παιδιά έως 18 ετών, δηλαδή τα γεννηθέντα μετά το 2007. Ενήλικα τέκνα είναι τα γεννηθέντα πριν το 2006.

11. Η πιστοποίηση της μονογονεϊκότητας ζητείται μόνο εφόσον τα τέκνα είναι ανήλικα. Απαιτείται η προσκόμιση πιστοποιητικού οικογενειακής κατάστασης (εφόσον καταγράφεται η μη σύναψη γάμου ή το διαζύγιο ή η χηρεία). Εάν η μονογονεϊκότητα δεν αποδεικνύεται από το πιστοποιητικό, τότε θα υποβάλλεται και δικαστική απόφαση επιμέλειας ανηλίκων τέκνων.

12. Η ανεργία πιστοποιείται μόνο με **Βεβαίωση από τον ΟΑΕΔ**

13. Μην προσκομίζετε αντίγραφο ταυτότητας ή διαβατηρίου για ανήλικα παιδιά (γεννημένα μετά το 2007).