



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΝΟΜΟΣ ΣΑΜΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΔΥΤΙΚΗΣ ΣΑΜΟΥ
ΓΡΑΦΕΙΟ ΔΗΜΑΡΧΟΥ

Πλατεία Βαλασκατζή
Νέο Καρλόβασι Σάμου
Τ.Κ.: 83200
Τηλ: 22733-50866
Email: mayors@mwsamos.gr

Καρλόβασι, 08/07/2026

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ

Έναρξη αιτήσεων για τη συμμετοχή στο πρόγραμμα υποστήριξης νεογέννητων με παροχή βρεφικών πακέτων στον Δήμο Δυτικής Σάμου

Την Δευτέρα 13 Ιουλίου ξεκινούν οι αιτήσεις στον Δήμο Δυτικής Σάμου για τη συμμετοχή στο πρόγραμμα «Αντιμετωπίζοντας την υπογεννητικότητα, υποστήριξη των νεογέννητων, Υλική Υποστήριξη των Νεογέννητων – Βρεφικά Πακέτα (Baby Kits)» που υλοποιεί ο Φιλανθρωπικός Οργανισμός της Ιεράς Αρχιεπισκοπής Αθηνών «ΑΠΟΣΤΟΛΗ» σε συνεργασία και με χρηματοδότηση της τράπεζας EUROBANK. Το πρόγραμμα αφορά έγκυες γυναίκες, αποκλειστικά κατοίκους του Δήμου Δυτικής Σάμου, και οι αιτήσεις κατατίθενται στο Τμήμα Κοινωνικής Προστασίας, Παιδείας και Δημόσιας Υγείας του Δήμου στο Δημαρχείο, πλατεία Βαλασκατζή κατά τις ώρες 09:00 – 12:00 έως και την Παρασκευή 21 Αυγούστου 2026. Για την επιλογή των επωφελούμενων του προγράμματος συνεκτιμώνται, μέσω μοριοδότησης, οι ακόλουθοι παράγοντες: Εισοδηματικά κριτήρια: Οικογενειακό εισόδημα για ένα άτομο έως 24.000 € συν 1.500 ΕΥΡΩ για κάθε επιπλέον μέλος της οικογένειας. Εφόσον 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. Υποχρεωτικά δικαιολογητικά που πρέπει να προσκομίσουν οι ενδιαφερόμενοι: 1. Αίτηση συμπληρωμένη και υπογεγραμμένη (η αίτηση χορηγείται από τον Δήμο) 2. Αντίγραφο Αστυνομικής Ταυτότητας ή Διαβατηρίου της αιτούσας 3. Εκκαθαριστικό Φορολογικού Έτους 2025 της αιτούσας και του συζύγου (σε περίπτωση ξεχωριστής φορολογικής δήλωσης) 4. Πρόσφατο Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης 5. Ιατρική γνωμάτευση γυναικολόγου περί κατάστασης εγκυμοσύνης και μόνο όταν υπάρχει η αντίστοιχη συναίνεση για τα προσωπικά δεδομένα. Σε περίπτωση δίδυμης κύησης να γίνεται ειδική αναφορά. 6. 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. 7. Πρόσφατη ΒΕΒΑΙΩΣΗ Ανεργίας από ΟΑΕΔ της αιτούσας και του συζύγου (εάν υπάρχει ανεργία) 8. 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). – 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. – Το ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ για την ιατρική γνωμάτευση γυναικολόγου υπογράφεται από την ΑΙΤΟΥΣΑ. 9. Σημειώνεται ότι χωρίς την ιατρική γνωμάτευση δεν δύναται να αξιολογηθεί η αίτηση για τη συμμετοχή στο Πρόγραμμα. 10. Δεν θα παραλαμβάνονται αιτήσεις χωρίς όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά. Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να επικοινωνείτε με το Τμήμα Κοινωνικής Προστασίας, Παιδείας και Δημόσιας Υγείας του Δήμου στα τηλέφωνα: 22733 50844-50843 .

