|  |  |
| --- | --- |
| GR_logo_DM_BW ΔΗΜΟΣ ΜΑΡΑΘΩΝΟΣ | **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ :** ………………................  **ΑΡ. ΠΡΩΤ.:** ………………........................ |
|  | **ΠΡΟΣ :**  Το Δήμο Μαραθώνος  Δομή Παροχής Βασικών Αγαθών Δήμου Μαραθώνος : Κοινωνικό Φαρμακείο Δήμου Μαραθώνος |

ΑΙΤΗΣΗ ΕΝΤΑΞΗΣ ΣΤΗ

ΔΟΜΗ **ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ** ΔΗΜΟΥ ΜΑΡΑΘΩΝΟΣ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ΕΠΩΝΥΜΟ |  | ΟΝΟΜΑ |  |
| ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ |  | Α.Φ.Μ. |  |
| ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ |  | Α.Μ.Κ.Α. |  |
| ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ |  | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ/  Τ.Κ./ΠΕΡΙΟΧΗ |  |
| ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ/ ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ |  | ΤΗΛΕΦΩΝΟ |  |
| ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ |  | ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ |  |

***Στοιχεία Αιτούμενου :***

Εκπαιδευτική Βαθμίδα: Άνευ Εκπ/σης Υποχρεωτική Β΄θμια Τεχνολογική

Πανεπιστημιακή Μεταπτυχιακό Διδακτορικό

Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμος/η Άγαμος/η Διαζευγμένος/η Χήρος/α

Ανεργία : Επίδομα Κάρτα Όχι

Ασφάλεια : Ναι Όχι

Άλλο……………………………………………………………………………………………………………………….

***Στοιχεία συζύγου :***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ΕΠΩΝΥΜΟ |  | ΟΝΟΜΑ |  |
| ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ |  | Α.Φ.Μ. |  |
| ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ |  | Α.Μ.Κ.Α. |  |
| ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ |  | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ/  Τ.Κ./ΠΕΡΙΟΧΗ |  |
| ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ/ ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ |  | ΤΗΛΕΦΩΝΟ |  |
| ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ |  | ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ |  |

***Ονόματα και ηλικίες παιδιών & ενηλίκων μελών που διαβιούν στην ίδια οικία*** :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Α/Α | ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ | ΑΜΚΑ | ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ | Επαγγελματική Κατάσταση / Ιδιότητα |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |

\* Για λόγους προστασίας προσωπικών δεδομένων τα δικαιολογητικά θα εσωκλείονται σε σφραγισμένο φάκελο.

\* Οι ωφελούμενοι εξυπηρετούνται μόνο κατόπιν υπόδειξης συνταγογραφούμενης φαρμακευτικής αγωγής από Ιατρό συναφούς ειδικότητας, Ιδιώτη ή του Δημοσίου, σε ότι αφορά στα συνταγογραφούμενα φάρμακα.

\* Για την εξυπηρέτησή τους από τη Δομή **Κοινωνικού Φαρμακείου** Δήμου Μαραθώνος, οι ωφελούμενοι οφείλουν να προσκομίζουν οποιοδήποτε συμπληρωματικό δικαιολογητικό ζητηθεί από τα Στελέχη της Δομής και την Επιτροπή Αξιολόγησης των αιτήσεων.

\* **Η Δομή Κοινωνικού Φαρμακείου Δήμου Μαραθώνος δεν θα διαθέτει τις κατηγορίες φαρμάκων που υπάγονται στον Ν.1729/1987 και Ν.3549/2006 (φάρμακα ειδικής συνταγογράφησης, «μονής και διπλής κόκκινης γραμμής»).**



***Υπεύθυνη Δήλωση***:

(άρθρο 8 Ν. 1599/1986)

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (1), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι :

1. Τα πιο πάνω στοιχεία είναι αληθή και επισυνάπτω όλα τα σχετικά δικαιολογητικά και βεβαιώσεις.
2. Σε περίπτωση αλλαγής της κοινωνικο-οικονομικής μου κατάστασης, της διεύθυνσης διαμονής και του τηλεφωνικού μου αριθμού θα ενημερώσω άμεσα τη Δομή Κοινωνικού Φαρμακείου Δήμου Μαραθώνος.
3. Είμαι ενήμερος/η για τον κανονισμό λειτουργίας της Δομής Κοινωνικού Φαρμακείου Δήμου Μαραθώνος και αποδέχομαι όλους τους όρους.
4. Εξουσιοδοτώ την αρμόδια Κοινωνική Λειτουργό της Δομής Κοινωνικού Φαρμακείου Δήμου Μαραθώνος να διασταυρώνει την εγκυρότητα των στοιχείων που καταθέτω με πιστοποιητικά μέσω των αρμόδιων Υπηρεσιών.
5. Αποδέχομαι τη συλλογή και στατιστική επεξεργασία των παραπάνω προσωπικών μου δεδομένων σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.2472/1997 περί "Προστασίας του ατόμου από την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα", όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ**  **Υπογραφή:………………………….** |

(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.



**ΔΗΜΟΣ ΜΑΡΑΘΩΝΟΣ**

**ΔΟΜΗ ΠΑΡΟΧΗΣ ΒΑΣΙΚΩΝ ΑΓΑΘΩΝ ΔΗΜΟΥ ΜΑΡΑΘΩΝΟΣ:**

**ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ ΔΗΜΟΥ ΜΑΡΑΘΩΝΟΣ**

Ταχ. Διεύθυνση :Λ. Μαραθώνος 196, T.K. : 19005

Πληροφορίες : Δρακοπούλου Ελένη

Τηλ. : 2294099645, e-mail : [farmakeio@socialmarathon.gr](mailto:farmakeio@socialmarathon.gr)

**ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΤΑΞΗ ΣΤΗ**

**ΔΟΜΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ ΔΗΜΟΥ ΜΑΡΑΘΩΝΟΣ**

**(Ι) Υποχρεωτικά δικαιολογητικά**, για όλους τους υποψηφίους δυνητικούς δικαιούχους :

1. Αίτηση του ενδιαφερομένου, σύμφωνα με τυποποιημένο υπόδειγμα αίτησης που χορηγεί η αρμόδια υπηρεσία του Δήμου.
2. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.
3. Φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου και άδειας παραμονής σε ισχύ.
4. Βεβαίωση μόνιμης κατοικίας από τον Δήμο ή αντίγραφο λογαριασμού Δημόσιας Επιχείρησης Κοινής Ωφέλειας ή αντίγραφο μισθωτηρίου συμβολαίου μέσω ΤΑΧΙS, από το οποίο πιστοποιείται η διεύθυνση κατοικίας.
5. Αντίγραφο της τελευταίας δήλωσης φορολογίας εισοδήματος (έντυπο Ε1) και αντίγραφο του εκκαθαριστικού σημειώματος φυσικών προσώπων.
6. Αντίγραφο δήλωσης στοιχείων ακινήτων (έντυπο Ε9) ή υπεύθυνη δήλωση περί μη κατοχής ακίνητης περιουσίας όλων των προστατευόμενων μελών.
7. Υπεύθυνη Δήλωση όπου ο αιτών/η αιτούσα θα δηλώνει ότι δεν είναι δικαιούχος σε άλλο πρόγραμμα κοινωνικής παροχής φαρμακευτικού, υγειονομικού και παραφαρμακευτικού υλικού.

**(ΙΙ) Δικαιολογητικά, κατά περίπτωση**, ανάλογα με την κατάσταση του υποψηφίου- δυνητικού δικαιούχου:

1. Κάρτα ανεργίας σε ισχύ, εφόσον πρόκειται για άνεργο (των αιτούντων ή και προστατευόμενων μελών).
2. Επίσημη Ιατρική Γνωμάτευση, εφόσον υπάρχει πρόβλημα υγείας (των αιτούντων ή και προστατευόμενων μελών).
3. Γνωμάτευση Πρωτοβάθμιας Επιτροπής περί ποσοστού αναπηρίας ή Κέντρου Πιστοποίησης Αναπηρίας (ΚΕ.Π.Α.), εφόσον πρόκειται για Άτομα με Ειδικές Ανάγκες (των αιτούντων ή και προστατευόμενων μελών).
4. Αντίγραφο εξατομικευμένης έκθεσης κοινωνικής έρευνας από αρμόδια δημόσια ή δημοτική υπηρεσία, εφόσον υπάρχει, με την οποία μπορεί να διαπιστωθεί η κοινωνική κατάσταση, οι συνθήκες και οι δυσχέρειες διαβίωσης του ατόμου ή της οικογένειας (διάσταση, μονογονεϊκότητα, πολυτεκνία, αδυναμία εξυπηρέτησης, αστεγία κλπ).
5. Βεβαίωση δανείου πρώτης κατοικίας.
6. Εγκεκριμένη αίτηση ΚΕΑ (Κοινωνικό Εισόδημα Αλληλεγγύης).
7. Νόμιμα δικαιολογητικά για μετανάστες, ομογενείς.
8. Οποιοδήποτε άλλο δικαιολογητικό κριθεί απαραίτητο να ζητηθεί κατά περίπτωση.

\* Οι ωφελούμενοι οφείλουν την επανυποβολή των απαιτούμενων δικαιολογητικών για την εξυπηρέτησή τους από τη Δομή **Κοινωνικού Φαρμακείου** Δήμου Μαραθώνος κάθε έξι μήνες προκειμένου να επανεξεταστεί η εγκυρότητά τους.