

ΑΙΤΗΣΗ

ΓΙΑ ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ ΛΟΚΡΩΝ

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΩΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ/ ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ:

ΑΜΚΑ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:

ΤΚ:

ΣΤΑΘΕΡΟ:

ΚΙΝΗΤΟ:

ΕΠΑΓΕΛΜΑ:

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΜΟΡΙΟΔΟΤΗΣΗΣ

1. Ετήσιο ατομικό/οικογενειακό εισόδημα

ΕΙΣΟΔΗΜΑ	ΜΟΡΙΑ	ΕΙΣΟΔΗΜΑ	ΜΟΡΙΑ
<input type="checkbox"/> Έως 3.000 €	30	<input type="checkbox"/> 5.501 € - 7.000 €	10
<input type="checkbox"/> 3.001 € - 5.500 €	20	<input type="checkbox"/> Δικαιούχος Ελάχιστου Εγγυημένου Εισοδήματος	5

2. Οικογενειακή Κατάσταση / Σύνθεση Νοικοκυριού

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΜΟΡΙΑ	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΜΟΡΙΑ
<input type="checkbox"/> Μονογονεϊκή οικογένεια	25	<input type="checkbox"/> Ανήλικο τέκνο ή προστατευόμενο μέλος	5
<input type="checkbox"/> Πολύτεκνη οικογένεια (4+ τέκνα)	15	<input type="checkbox"/> Μοναχικό άτομο / χωρίς υποστηρικτικό δίκτυο	20
<input type="checkbox"/> Τρίτεκνη οικογένεια	5	<input type="checkbox"/> Άλλες περιπτώσεις χωρίς υποστηρικτικό δίκτυο	20

3. Κατάσταση Υγείας

	ΑΝΑΠΗΡΙΑ	ΜΟΡΙΑ
<input type="checkbox"/>	Αναπηρία 67% και άνω (οποιοδήποτε μέλος)	30
<input type="checkbox"/>	Χρόνια πάθηση με συνεχή φαρμακευτική αγωγή	30
<input type="checkbox"/>	Πολυφαρμακία (λήψη >3 φαρμάκων μόνιμα) / Πληθώρα νοσημάτων	20

4. Εργασιακή Κατάσταση

	ΑΝΕΡΓΙΑ	ΜΟΡΙΑ
<input type="checkbox"/>	Μακροχρόνια άνεργος/η (>12 μήνες)	10
<input type="checkbox"/>	Άνεργος/η έως 12 μήνες	5
<input type="checkbox"/>	Άνεργο ζευγάρι (και οι δύο σύζυγοι)	5

5. Στεγαστική Κατάσταση

	ΔΙΑΜΟΝΗ	ΜΟΡΙΑ
<input type="checkbox"/>	Άστεγος/η	20
<input type="checkbox"/>	Ύπαρξη Στεγαστικού Δανείου (Α' κατοικίας)	10

	ΔΙΑΜΟΝΗ	ΜΟΡΙΑ
<input type="checkbox"/>	Ενοίκιο	10
<input type="checkbox"/>	Φιλοξενία σε τρίτους*	15

*ως φιλοξενία σε τρίτους εννοείται η φιλοξενία από ανθρώπους που δεν αποτελούν συγγενείς 1^{ου} βαθμού

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΗΛΙΚΩΝ ΚΑΙ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΠΟΥ ΔΙΑΒΙΟΥΝ ΣΤΗΝ ΙΔΙΑ ΟΙΚΙΑ

A/A	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΗΛΙΚΙΑ	Συγγένεια/ Ιδιότητα	Επαγγελματική Κατάσταση
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

Για την υποβολή της αίτησης, οι ενδιαφερόμενοι πρέπει να προσκομίσουν τα παρακάτω δικαιολογητικά (σε φωτοαντίγραφα):

A. Υποχρεωτικά Δικαιολογητικά:

1. **Αίτηση συμμετοχής** (χορηγείται από την Υπηρεσία).
2. **Φωτοτυπία Αστυνομικής Ταυτότητας** ή Διαβατηρίου/Άδειας Παραμονής σε ισχύ.
3. **Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης** (τελευταίου εξαμήνου).
4. **Αποδεικτικό μόνιμης κατοικίας:** Αντίγραφο πρόσφατου λογαριασμού ΔΕΚΟ (π.χ. ΔΕΗ, ύδρευση) στο όνομα του αιτούντος. Σε αντίθετη περίπτωση, Υπεύθυνη Δήλωση του ιδιοκτήτη που να βεβαιώνει τη διαμονή του αιτούντος στη διεύθυνση.
5. **Αντίγραφο της τελευταίας Δήλωσης Φορολογίας Εισοδήματος (Ε1)** και του Εκκαθαριστικού Σημειώματος για όλα τα ενήλικα μέλη.
6. **Αντίγραφο Ε9** (Δήλωση Στοιχείων Ακινήτων) όλων των μελών.

B. Ειδικά Δικαιολογητικά (Ιατρικά & Κοινωνικά):

1. **Βιβλιάριο Υγείας** (σε ισχύ ή μη) ή ΑΜΚΑ, για την πιστοποίηση της ασφαλιστικής ικανότητας.
2. **Απόφαση ΚΕ.Π.Α.** (εφόσον υπάρχει αναπηρία).
3. **Βεβαίωση Ανεργίας** από τη ΔΥΠΑ (πρώην ΟΑΕΔ) για όλα τα άνεργα μέλη.
4. Αντίγραφο μισθωτηρίου συμβολαίου σε ισχύ.
5. Απόφαση Έγκρισης ΕΕΕ (ΚΕΑ)
6. **Ιατρική Γνωμάτευση / Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση** (τελευταίου 3μήνου)
7. **Μισθωτήριο συμβόλαιο** σε ισχύ (ΤΑΧΙΣ)
8. **Βεβαίωση Τράπεζας** για την ύπαρξη Στεγαστικού Δανείου (Α' κατοικίας)



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

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

1. Τα δικαιολογητικά που κατέθεσα είναι γνήσια και δηλώνουν την παρούσα, αληθή οικονομική, εργασιακή, ιατρική και οικογενειακή μου κατάσταση.
2. Τα φάρμακα που αιτούμαι δεν εμπίπτουν στις διατάξεις του Ν. 3459/2006 (περί ναρκωτικών).
3. Συναινώ σε κοινωνική έρευνα από την Κοινωνική Υπηρεσία του Δήμου προκειμένου να διαπιστωθεί η εγκυρότητα των στοιχείων και οι συνθήκες διαβίωσης.
4. Ενημερώθηκα ότι η παροχή των φαρμάκων εξαρτάται από τη διαθεσιμότητα του Κοινωνικού Φαρμακείου.
5. Σε περίπτωση μη προσκόμισης των απαιτούμενων δικαιολογητικών, η αίτηση θα κρίνεται ελλιπής και θα απορρίπτεται.

Προστασία Προσωπικών Δεδομένων

Με την υπογραφή της παρούσας, δηλώνω ότι έχω ενημερωθεί για την επεξεργασία των ανωτέρω προσωπικών μου δεδομένων από την Υπηρεσία Κοινωνικού Φαρμακείου του Δήμου Λοκρών και συγκεκριμένα ότι:

Ο Δήμος Λοκρών, ως Υπεύθυνος Επεξεργασίας διά της Υπηρεσίας Κοινωνικού Φαρμακείου, συλλέγει και επεξεργάζεται τα προσωπικά δεδομένα που υποβάλλατε, συμμορφούμενος πλήρως με τη νομοθεσία για την προστασία των προσωπικών δεδομένων (ενδεικτικά, ΓΚΠΔ 679/2016, Ν. 4624/2019). Επεξεργάζεται τα προσωπικά σας δεδομένα αποκλειστικά για σκοπούς διαχείρισης και διεκπεραίωσης του ανωτέρω αιτήματος που αφορά την ένταξή σας στο πρόγραμμα του Κοινωνικού Φαρμακείου (ά. 6 παρ. 2 περ. ε ΓΚΠΔ 679/2016), καθώς και για την επικοινωνία μαζί σας όταν είναι απαραίτητο, στο πλαίσιο ορθής εκτέλεσης του προγράμματος, για όσο χρόνο θα παραμείνετε ωφελούμενος. Πρόσβαση στα προσωπικά σας δεδομένα έχει μόνο εξουσιοδοτημένο προσωπικό του Δήμου Λοκρών, στο βαθμό που είναι αναγκαίο για την εκτέλεση του προγράμματος, ενώ τα προσωπικά σας δεδομένα δύναται να κοινοποιηθούν σε τρίτους, όπως δημόσιους φορείς και ανεξάρτητες αρχές, μόνο βάσει σχετικής νομικής υποχρέωσης ή σε συμμόρφωση με σχετική δικαστική απόφαση / εισαγγελική εντολή.

Σε κάθε περίπτωση, τα προσωπικά σας δεδομένα τηρούνται με ασφάλεια στις εγκαταστάσεις του Δήμου Λοκρών και λαμβάνονται όλα τα απαραίτητα μέτρα για τη διαφύλαξη της εμπιστευτικότητας των πληροφοριών. Μπορείτε να ασκήσετε όλα τα δικαιώματά σας (ενημέρωση, πρόσβαση, διόρθωση, περιορισμός και εναντίωση, διαγραφή, φορητότητα). Περισσότερες πληροφορίες για την άσκηση των δικαιωμάτων, μπορείτε να βρείτε στον ιστότοπο του Δήμου Λοκρών, στην ενότητα GDPR. Για οποιαδήποτε πληροφορία σχετικά με την επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων μπορείτε να επικοινωνήσετε με το Δήμο Λοκρών, στα παρακάτω στοιχεία επικοινωνίας: Πλατεία Δημαρχείου, Λοκρών, 35200, Αταλάντη Φθιώτιδας (Επιστολή Υπόψιν DPO), Email: dpo.lokron@gmail.com.

Ημερομηνία / /202

Υπογραφή

.....