



ΑΙΤΗΣΗ ΕΝΤΑΞΗΣ ΣΕ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΤΗΣ ΚΟ.Δ.Ε.Π.

Όνοματεπώνυμο Αιτούντος:	Όνοματεπώνυμο Συζύγου:
Όνοματεπώνυμο Πατρός:	Οικογενειακή Κατάσταση:
ΑΦΜ Αιτούντος:	ΑΦΜ Συζύγου:
ΑΜΚΑ Αιτούντος:	ΑΜΚΑ Συζύγου:
Αρ. Ταυτότητας/Διαβατηρίου/Άδεια Διαμονής:	Αρ. Ταυτότητας /Διαβατηρίου/Άδεια Διαμονής Συζύγου:
Ανεργία αιτούντος: <input type="checkbox"/>	Ανεργία Συζύγου: <input type="checkbox"/>
Έτος γέννησης:	Έτος γέννησης Συζύγου:
Διεύθυνση Κατοικίας(οδός, αριθμός, περιοχή πόλη):	
Δημότης:	
Σταθερό τηλέφωνο:	Κινητό τηλέφωνο:
Συνολικός αριθμός μελών εντός οικογένειας:	
Ανήλικα τέκνα(έτος γέννησης κάθε τέκνου):	
Ενήλικα τέκνα(προστατευόμενα μέλη):	
Επάγγελμα/Ιδιότητα Αιτούντος:	
Εκπαίδευση:	
ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ ΤΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ: Εισοδηματικά κριτήρια: Για ένα άτομο, 0 έως 4.600 ευρώ συν 2.000 ευρώ για κάθε επιπλέον μέλος της Οικογένειας, όπως αυτά δηλώνονται στο τελευταίο εκκαθαριστικό της εφορίας. Εφ' όσον πληρούνται τα εισοδηματικά κριτήρια, η ένταξη στα προγράμματα θα γίνεται κατά προτεραιότητα ανάλογα με :	

- A) τον αριθμό προστατευόμενων μελών
B) τον αριθμό ανάπηρων μελών
Γ) τον αριθμό άνεργων μελών στην οικογένεια

ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

1. Φωτοτυπία Αστυνομικής Ταυτότητας ή Διαβατηρίου και Άδειας Διαμονής (μόνο για αλλοδαπούς χωρών εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης).
 2. Το τελευταίο εκκαθαριστικό σημείωμα της εφορίας συνοδευόμενο από τα έντυπα της εφορίας Ε9 και Ε2.
 3. Συμβόλαιο ιδιοκτησίας ή συμφωνητικό μίσθωσης της κατοικίας με σφραγίδα από την αρμόδια Δ.Ο.Υ. και λογαριασμό ΔΕΚΟ (ΔΕΗ – ΕΥΔΑΠ).
 4. Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης και βεβαίωση πολυτεκνίας από ΑΣΠΕ
 5. Υπεύθυνη Δήλωση Ν. 1599/1986 μη ένταξης του αιτούντος σε πρόγραμμα άλλου φορέα.
 6. Βεβαίωση ανεργίας ΟΑΕΔ σε ισχύ, για κάθε άνεργο μέλος της οικογένειας.
 7. Πιστοποιητικό αναπηρίας σε ισχύ από αρμόδια επιτροπή και πιστοποιητικό ΚΕΠΑ.
 8. Βιβλιάριο Υγείας Πρόνοιας – απορίας
- Τα δικαιολογητικά 6, 7, και 8 δεν είναι υποχρεωτικά.

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι ενημερώθηκα και αποδέχομαι τα κριτήρια επιλογής που τίθενται ανωτέρω για την ένταξή μου σε προγράμματα της ΚΟ.Δ.Ε.Π.

Επίσης δηλώνω υπεύθυνα ότι όλα τα στοιχεία που συμπληρώνω είναι ακριβή και αληθή.

Σε περίπτωση ανακρίβειας ή μη υποβολής των δικαιολογητικών που τα πιστοποιούν, γνωρίζω ότι θα απορριφθεί το αίτημά μου. Σε περίπτωση κατάθεσης αιτημάτων και από συνοικούντα μέλη της οικογένειάς μου, θα απορριφθούν όλες οι αιτήσεις. Σε περίπτωση αλλαγής κατοικίας ή οποιουδήποτε άλλου στοιχείου, που επηρεάζει τις προϋποθέσεις ένταξής μου σε πρόγραμμα, π.χ. απώλεια ιδιότητας, μείωση ποσοστού αναπηρίας κλπ., θα ενημερώσω άμεσα την ΚΟ.Δ.Ε.Π.

Ημερομηνία / Υπογραφή Αιτούντος

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

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)

ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :							
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:	ΤΚ:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):			

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις ⁽³⁾, που προβλέπονται από της διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

ΔΕΝ ΛΑΜΒΑΝΩ ΤΡΟΦΙΜΑ ΑΠΟ ΑΛΛΟ ΦΟΡΕΑ

Ημερομηνία: / /2020

Ο – Η Δηλ.

(Υπογραφή)

- (1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.
(2) Αναγράφεται ολογράφως.
(3) «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.
(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.



ΚΟΙΝΩΦΕΛΗΣ ΔΗΜΟΤΙΚΗ
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ ΠΕΙΡΑΙΑ (ΚΟ.Δ.Ε.Π.)
Α.Φ.Μ: 999299847, Δ.Ο.Υ: Α' ΠΕΙΡΑΙΑ
Ελ. Βενιζέλου & Ζωσιμάδων 11
Τ.Κ 185 31 Πειραιάς
Τηλ. 210 – 4101753-756
FAX. 210-4178595
E - mail: kodepir@gmail.com

ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ – ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ
(Κανονισμός ΕΕ 679/2016)

ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ	Ο/Η ΣΥΖΥΓΟΣ
Όνοματεπώνυμο:	Όνοματεπώνυμο:
Πατρώνυμο:	Πατρώνυμο:
Επάγγελμα:	Επάγγελμα:
Α.Φ.Μ./Δ.Ο.Υ.:	Α.Φ.Μ. / Δ.Ο.Υ.:
ΑΜΚΑ:	ΑΜΚΑ:
Ημερομηνία γέννησης:	Ημερομηνία γέννησης:
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας/ Διαβατηρίου/ Άδειας Διαμονής/ Ημερομηνία έκδοσης:	Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας/ Διαβατηρίου/ Άδειας Διαμονής/ Ημερομηνία έκδοσης:
Διεύθυνση κατοικίας:	
Τηλέφωνο Επικοινωνίας (σταθερό/ κινητό):	

Και ως ασκούντες τη γονική μέριμνα του/των ανήλικου/ων τέκνου/ων μας:

1^ο παιδί	2^ο παιδί	3^ο παιδί
Όνοματεπώνυμο:	Όνοματεπώνυμο:	Όνοματεπώνυμο:
Πατρώνυμο:	Πατρώνυμο:	Πατρώνυμο:
Ημερομηνία γέννησης:	Ημερομηνία γέννησης:	Ημερομηνία γέννησης:
Διεύθυνση:	Διεύθυνση:	Διεύθυνση:

ΟΧΙ

για στατιστικούς σκοπούς

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΠΑΡΕΧΩ ΤΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΜΟΥ

.....

(Τόπος – Ημερομηνία)

ΠΑΡΕΧΩ ΤΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΜΟΥ

.....

(Τόπος – ημερομηνία)

.....

(Όνοματεπώνυμο – Υπογραφή)

.....

(Όνοματεπώνυμο – Υπογραφή)

ΠΑΡΕΧΩ ΤΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΜΟΥ

.....

(Τόπος – Ημερομηνία)

ΠΑΡΕΧΩ ΤΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΜΟΥ

.....

(Τόπος – ημερομηνία)

.....

(Όνοματεπώνυμο – Υπογραφή)

.....

(Όνοματεπώνυμο – Υπογραφή)

Τα **Προσωπικά σας Δεδομένα** και τα σχετικά έγγραφα θα τα τηρήσουμε μέχρι τις 31/12/2039 βάση τις διατάξεις του ισχύοντος νομικού πλαισίου.

Σας ενημερώνουμε ότι έχετε δικαίωμα οποτεδήποτε σωρευτικά και/ή διαζευκτικά ανά περίπτωση

1. Να ζητήσετε αντίγραφο των στοιχείων των προσωπικών δεδομένων υμών και του/ων ανηλίκου/ων τέκνου/ων σας που επεξεργαζόμαστε.

2. Να ζητήσετε τεκμηριωμένα διόρθωση και/ή συμπλήρωση των στοιχείων των προσωπικών δεδομένων υμών και του/ων ανηλίκου/ων τέκνου/ων σας.

3. Να ζητήσετε περιορισμό της επεξεργασίας των προσωπικών δεδομένων υμών και του/ων ανηλίκου/ων τέκνου/ων σας και/ή να εναντιωθείτε σε αυτήν.

4. Να ζητήσετε νομίμως την ανάκληση της συγκατάθεσής σας και/ή τη διαγραφή των προσωπικών δεδομένων υμών και του/ων ανηλίκου/ων τέκνου/ων σας για το μέλλον.

Ως προς τα υπό στοιχεία (3) και (4) έχουμε δικαίωμα να αρνηθούμε την ικανοποίηση του αιτήματός σας, εφόσον η επεξεργασία αυτή είναι απαραίτητη για τη θεμελίωση, άσκηση ή υποστήριξη νομίμων δικαιωμάτων μας ή την εκπλήρωση υποχρεώσεών μας.

5. Να ζητήσετε εγγράφως να μεταφέρουμε τα προσωπικά δεδομένα υμών και του/ων ανηλίκου/ων τέκνου/ων σας σε τρίτο φορέα/πρόσωπο.

6. Εφόσον θεωρείτε ότι προσβάλλονται τα δικαιώματά σας με οποιονδήποτε τρόπο, έχετε δικαίωμα υποβολής καταγγελίας στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (www.dpa.gr): Τηλεφωνικό Κέντρο: (+30) 2106475600, Fax: (+30) 210 6475628, Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο: contact@dpa.gr

Υπεύθυνος Επεξεργασίας

Το Νομικό Πρόσωπο ΚΟ.Δ.Ε.Π. (Κοινωνική Δημόσια Επιχείρηση Πειραιά) με έδρα: Ελ. Βενιζέλου & Ζωσιμάδων 11, Τ.Κ. 18531 Πειραιάς, email: kodampir@gmail.com , Τηλ: (+30) 210 4101753-756, website: www.kodemp.gr ενημερώνει ότι, για σκοπούς άσκησης των δραστηριοτήτων, προβαίνει σε επεξεργασία δεδομένων φυσικών προσώπων σύμφωνα με την ισχύουσα εθνική νομοθεσία και τον Ευρωπαϊκό Κανονισμό 2016/679 για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων αυτών (Γενικός Κανονισμός για την Προστασία Δεδομένων, εφεξής «Κανονισμός») όπως ισχύει.

Για οποιοδήποτε θέμα σχετικά με την επεξεργασία προσωπικών δεδομένων επικοινωνήστε στο email: kodampir@gmail.com, τηλ: (+30) 210 4101753-756.

Έλαβα γνώση

.....

(Τόπος – Ημερομηνία)

.....

(Ονοματεπώνυμο – Υπογραφή)

Έλαβα γνώση

.....

(Τόπος – Ημερομηνία)

.....

(Ονοματεπώνυμο – Υπογραφή)

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΙΔΩΝ ΠΟΥ ΧΡΕΙΑΖΟΝΤΑΙ ΟΙ ΟΦΕΛΟΥΜΕΝΟΙ ΤΗΣ ΚΟ.Δ.Ε.Π.

ΟΝΟΜΑ :

ΕΠΙΘΕΤΟ :

ΑΡ.ΜΕΛΩΝ : ΑΝΗΛ: ΕΝΗΛ:

ΑΡ. ΠΡ. :

ΤΗΛ. :

ΛΕΥΚΑ ΕΙΔΗ

Κουβέρτες : μονές

διπλές

Σεντόνια : μονά

διπλά

Πετσέτες : προσώπου

μπάνιου

Ή άλλο

ΕΠΙΠΛΑ

Παιδική κούνια :

Τραπέζι:

Καρέκλες:

Ή άλλο

ΗΛΕΚΤΡΙΚΑ

Ηλεκτρική σόμπα :

Κουζινάκι :

Βραστήρας :

Multi :

Ή άλλο

ΕΙΔΗ ΣΠΙΤΙΟΥ

Κατσαρόλες :

Πιάτα :

Ποτήρια :

Μαχαιρ/να :

Ή άλλο

Ή οποιαδήποτε άλλη ανάγκη

.....
.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ/...../ 2020

ΥΠΟΓΡΑΦΗ