**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ -- /-- / 2018**

**ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ**

**ΔΗΜΟΣ ΚΑΛΛΙΘΕΑΣ Αρ. Πρωτ.**

****

**Δ/ΝΣΗ ΚΟΙΝ. ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ**

**ΑΝΔΡΟΜΑΧΗΣ 100**

**ΤΗΛ: 2109532715,12**

**ΠΡΟΣ**

**Α Ι Τ Η Σ Η**

**Την Επιτροπή Ελέγχου και**

**ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΕΙΔΙΚΟΥ ΒΟΗΘΗΜΑΤΟΣ πιστοποίησης των δικαιούχων**

**ΓΙΑ ΕΠΑΝΑΣΥΝΔΕΣΗ ΡΕΥΜΑΤΟΣ και των ληξιπρόθεσμων οφειλών τους**

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ προς τους παρόχους ηλεκτρικής ενέργειας**

**ΕΠΩΝΥΜΟ………………………………...**

**ΟΝΟΜΑ...………..………………………... Παρακαλώ να μου χορηγήσετε το εφάπαξ**

**ειδικό βοήθημα όπως ορίζεται από τις**

**ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ…………………………….. διατάξεις του αρ. 35 του ν. 4508/2017 (ΦΕΚ**

**474/Β/14-2-2018), το οποίο θα χρησιμοποιήσω**

**ΕΤΟΣ ΓΕΝ ..………………………………. για την αποπληρωμή ληξιπρόθεσμων οφειλών**

**και την επανασύνδεση της κύριας κατοικίας**

**Δ/ΝΣΗ …….…………………….…………. μου στο δίκτυο παροχής ηλεκτρικής ενέργειας.**

**ΠΟΛΗ …….………………………………… Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις**

**κυρώσεις που προβλέπονται από το αρ. 22**

**Τ.Κ….……………………………………..... παρ. 6 του ν. 1599/1986, δηλώνω ότι τα**

**στοιχεία που παραθέτω είναι αληθή.**

**ΤΗΛ. ……………………………………......**

**ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ………………….…………...**

**ΑΡ. ΠΑΡΟΧΗΣ…………………..…………**

**ΠΡΟΜΗΘΕΥΤΗΣ (π.χ ΔΕΗ, κ.α).............**

**ΑΡ. ΔΕΛΤ. ΤΑΥΤ. …………………………**

**ΑΦΜ ………………………………………..**

**ΑΜΚΑ ………………………………………**

**ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΠΟΥ ΔΙΑΜΕΝΟΥΝ ΜΑΖΙ:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Α/Α** | | **ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ** | **ΗΛΙΚΙΑ** | **ΣΥΓΓΕΝΙΚΗ ΣΧΕΣΗ** | **ΕΡΓΑΣΙΑ** | **ΑΜΕΑ < 67%** | **ΑΣΦΑΛΕΙΑ** |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |

**Ο/Η ΑΙΤ…………………………**

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ**

**ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

1. Δήλωση εισοδήματος (Ε1) και εκκαθαριστικό όλων των μελών του νοικοκυριού.
2. Δήλωση Ε9 (εφόσον υποχρεούνται να υποβάλλουν) και ΕΝΦΙΑ του τελευταίου φορολογικού έτους όλων των μελών του νοικοκυριού.
3. Γνωμάτευση πιστοποίησης αναπηρίας από ΚΕ.Π.Α για νοικοκυριό που στη σύνθεση του περιλαμβάνει και άτομο ή άτομα με αναπηρία εξήντα επτά τοις εκατό (67%) και άνω.
4. Βεβαίωση του ασφαλιστικού φορέα ή Κρατικού Νοσοκομείου, με την οποία πιστοποιείται η ανάγκη κατ' οίκον χρήσης συσκευής μηχανικής υποστήριξης απαραίτητης για τη ζωή ατόμου ή ατόμων που περιλαμβάνονται στην σύνθεση του νοικοκυριού.
5. Σε περίπτωση που οποιοδήποτε εισοδηματικό ή περιουσιακό στοιχείο ή η σύνθεση του νοικοκυριού έχει μεταβληθεί κατά το φορολογικό έτος 2017, απαιτείται η προσκόμιση οποιουδήποτε δικαιολογητικού τεκμηριώνει τη μεταβολή (καταστάσεις μισθοδοσίας τελευταίου έτους όλων των μελών του νοικοκυριού, συμβόλαια πώλησης ή αγοράς, δωρεάς, παραχώρησης ή κατασχετήριο, πρόσφατο πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης κ.α).

**ΠΡΟΣΟΧΗ**

* **ΔΙΚΑΙΟΥΝΤΑΙ ΝΑ ΑΙΤΗΘΟΥΝ ΑΤΟΜΑ/ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΑ ΑΠΟΣΥΝΔΕΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΚΤΥΟ ΠΑΡΟΧΗΣ ΗΛΕΚΤΡΙΚΗΣ ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ ΜΕΧΡΙ *14/2/2018***
* **Η ΑΠΟΣΥΝΔΕΣΗ ΝΑ ΕΧΕΙ ΓΙΝΕΙ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΡΕΥΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΚΥΡΙΑΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ**
* **ΝΑ ΕΜΠΙΠΤΟΥΝ ΣΤΑ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΙΚΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΥΣΙΑΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΒΑΣΕΙ ΤΟΥ ΑΡ. 2 ΤΗΣ Γ.Δ. 5οικ. 2961-10/24-1-2017 ΑΠΟΦΑΣΗΣ**