

**ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΑΜΕΣΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ**

Ημερομηνία Υποβολής Αίτησης	:
Αρ. Πρωτ.	:

**A. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

ΕΠΩΝΥΜΟ :		ΟΝΟΜΑ :	
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ :	ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ :	ΦΥΛΛΟ :	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ :	Τ.Κ.:	ΠΟΛΗ :	
ΟΤΑ :	ΧΩΡΑ :		
ΤΗΛΕΦΩΝΟ :	FAX :	ΚΙΝΗΤΟ :	
E-MAIL:	ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝ.:	ΤΟΠΟΣ :	
ΑΔΤ :	ΑΦΜ :	ΔΟΥ :	
ΑΡ. ΜΗΤΡ. ΙΚΑ :		ΑΡ. ΚΑΡ. ΑΝΕΡΓΙΑΣ :	
ΑΜΚΑ :		ΑΝΕΡΓΟΣ ΑΠΟ :	
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ :	ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ :	ΟΜΟΓΕΝΗΣ :	
ΧΩΡΑ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ :			

**B. ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ :	Αρχηγός Μονογονεϊκής Οικογένειας :	<input type="checkbox"/>	Μέλος Μονογονεϊκής Οικογένειας :	<input type="checkbox"/>	Μέλος Πολύτεκνης Οικογένειας :	<input type="checkbox"/>
	Αρ. Μελών :		Αρ. Προστατ. Μελών :		Αρ. Μελών Οικογένειας :	
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ :	ΑΜΕΑ :					
ΣΕ ΠΟΙΑ ΕΥΠΑΘΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΟΜΑΔΑ ΑΝΗΚΕΤΕ ;	ΑΣΤΕΓΟΣ :					
	ΑΠΟΡΟΣ :			ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΣ ΑΠΟΡΟΣ :		
	ΑΝΕΡΓΟΣ :			ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΣ ΑΝΕΡΓΟΣ :		
ΥΠΟΣΤΗΡΙΖΕΣΤΕ ΑΠΟ ΑΛΛΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ ΓΙΑ ΤΡΟΦΙΜΑ, ΣΙΤΙΣΗ, ΦΑΡΜΑΚΑ(π.χ ΠΡΟΝΟΙΑ, ΕΚΚΛΗΣΙΑ). ΑΝ ΝΑΙ ΑΠΟ ΠΟΙΟΥΣ ;						

# ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΟΜΗ ΑΜΕΣΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΦΤΩΧΕΙΑΣ ΔΗΜΟΥ ΚΑΒΑΛΑΣ

Μέλη της Οικογενείας που διαμένουν μαζί						
α/α	Επώνυμο	Όνομα	Ηλικία	Συγγενική Σχέση	Εργασία	Ασφάλιση
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

α/α	Κοινωνική Δομή	Επιθυμητή Κοινωνική Δομή με Σειρά Προτεραιότητας
1	Κοινωνικό Παντοπωλείο Καβάλας	Επιλογή ..... <sup>1</sup>
2	Κοινωνικό Παντοπωλείο Δ.Δ Φιλίππων	Επιλογή ..... <sup>1</sup>
3	Κοινωνικό Φαρμακείο	Επιλογή ..... <sup>1</sup>
4	Παροχή Συσσιτίου	Επιλογή ..... <sup>1</sup>
5	Δημοτικός Λαχανόκηπος	Επιλογή ..... <sup>1</sup>
6	Τράπεζα Χρόνου	Επιλογή ..... <sup>1</sup>
7	Γραφείο Διαμεσολάβησης	Επιλογή ..... <sup>1</sup>

Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλες οι παραπάνω πληροφορίες είναι αληθείς και συγκατατίθεμαι για τη συλλογή και επεξεργασία προσωπικών δεδομένων, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 2472/1997 περί «Προστασίας του ατόμου από την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα».

Καβάλα, ...../...../2013

Ο/Η αιτών/αιτούσα

