



**ΔΗΜΟΣ
ΚΑΤΕΡΙΝΗΣ**

**ΑΙΤΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ
Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ)**

Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΜΜΕΣΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ (Φροντιστής / Μέλος οικογένειας)

Όνοματεπώνυμο:

Όνομα Πατέρα:

Όνομα Μητέρας:

ΑΔΤ / Διαβατήριο:

ΑΦΜ:

Ημερομηνία Γέννησης:

Διεύθυνση Κατοικίας:

Τ.Κ.:

Πόλη:

Τηλέφωνο:

Email:

Οικογενειακή Κατάσταση:

Ύπαρξη μέλους ΑμεΑ στην οικογένεια (και ποσοστό):

Εργασιακή Κατάσταση:

Ετήσιο Οικογενειακό Εισόδημα:

Β. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΜΕΣΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ (Ηλικιωμένο άτομο)

Όνοματεπώνυμο:



Με τη συγχρηματοδότηση
της Ευρωπαϊκής Ένωσης





ΔΗΜΟΣ ΚΑΤΕΡΙΝΗΣ

Όνομα Πατέρα:

Όνομα Μητέρας:

ΑΔΤ / Διαβατήριο:

ΑΜΚΑ:

Ημερομηνία Γέννησης:

Διεύθυνση Κατοικίας:

Οικογενειακή Κατάσταση:

Κατάσταση Υγείας (σύμφωνα με ιατρική γνωμάτευση):

Ποσοστό Αναπηρίας (εάν υπάρχει):

Γ. ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

- Αντίγραφο ταυτότητας / διαβατηρίου
- Εκκαθαριστικό σημείωμα
- Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης
- Βεβαίωση εργασίας ή ανεργίας
- Ιατρική γνωμάτευση
- Βεβαίωση αναπηρίας (εφόσον υπάρχει)
- Υπεύθυνη δήλωση

Δ. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα στοιχεία που αναγράφονται στην παρούσα αίτηση είναι αληθή και ακριβή και αποδέχομαι τη χρήση των προσωπικών δεδομένων αποκλειστικά για τον σκοπό αξιολόγησης και συμμετοχής στη δομή, σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία περί προστασίας προσωπικών δεδομένων.

Ημερομηνία: ____ / ____ / ____

Ο/Η Αιτών/ούσα
Υπογραφή



Με τη συγχρηματοδότηση
της Ευρωπαϊκής Ένωσης

