ΔΗΜΟΣ ΑΓΙΑΣ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ

ΗΜ/ΝΙΑ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ:…………/…………/2018

ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΩΤ.:……………….

 ΑΙΤΗΣΗ Προς τον Δήμο Αγίας Παρασκευής

(επέχει θέση υπεύθυνης δήλωσης του Ν 1599/1986)

|  |  |
| --- | --- |
| Επώνυμο: ……………………………………..Όνομα: …………………………………………Όνομα Πατέρα: ……………………………….Όνομα Μητέρας: ……………………………..Αρ. Αστ. Ταυτότητας: …………………………Ημ/νία Έκδοσης: …………………………….Τόπος Έκδοσης: …………………………….Α.Φ.Μ.: ………………………………………Δ.Ο.Υ.: ……………………………………….Δ/νση Κατοικίας: Δήμος Αγίας Παρασκευής Οδός: ………………………………………….Αριθμ.: ………………Τ.Κ.:…………………..Τηλ/να επικοινωνίας: …….………………….…………………………………………………. | Παρακαλώ όπως προωθήσετε την αίτηση μου στην Επιτροπή Επανασύνδεσης Ηλεκτρικού Ρεύματος προκειμένου να ενταχθώ στις διατάξεις της υπ’ αριθ.: ΥΠΕΝ/ΥΠΡΓ/7408/1228/14.02.2018 ΚΥΑ (ΦΕΚ 474/τ.Β./14-02-2018), για το ακίνητο μου το οποίο βρίσκεται στην οδό ................................................................................................................................με αριθμό παροχής ηλεκτρικού ρεύματος:..........................................................................για την επανασύνδεση του ηλεκτρικού ρεύματος και παροχή εφάπαξ ειδικού βοηθήματος. |

Μέλη της οικογένειας που διαμένουν μαζί μας:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| α/α |  Επώνυμο  |  Όνομα |  Ηλικία |  Συγγενική Σχέση |  Εργασία |  Ασφάλεια |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |

Συνημμένα σας υποβάλλω:

 Δήλωση εισοδήματος φυσικών προσώπων (Ε1) του τελευταίου φορολογικού έτους όλων των μελών του νοικοκυριού

 Δήλωση στοιχείων ακινήτων (Ε9) όλων των μελών του νοικοκυριού, εφόσον προβλέπεται η υποχρέωση υποβολής της

 Εκκαθαριστικό σημείωμα του τελευταίου φορολογικού έτους

 Απόδειξη Ενιαίου Φόρου Ιδιοκτησίας Ακινήτων (ΕΝ.Φ.Ι.Α.) του τελευταίου φορολογικού έτους

 Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης

 Γνωμάτευση πιστοποίησης αναπηρίας από ΚΕ.Π.Α για αναπηρία 67% και άνω

 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

 Άλλο: ..................................................................................

Ο/Η Αιτ……….