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……….