

ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
για τη συμμετοχή στο πρόγραμμα «ΚΑΛΥΨΗ»
άρθρο 7 παρ. 2 της 24777/7-3-2023 ΚΥΑ)

ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :	ΔΗΜΟ ΛΑΡΙΣΣΑΙΩΝ, Δ/ΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ						
Ο – Η Ονομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης:							
Τόπος Γέννησης:							
ΑΦΜ:			ΑΜΚΑ:				
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αρ.:	ΤΚ:
Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):							

Με την παρούσα καταθέτω αίτηση συμμετοχής στο πρόγραμμα «ΚΑΛΥΨΗ» του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων, οι όροι και προϋποθέσεις του οποίου καθορίζονται στην 24777/7-3-2023 Κοινή Υπουργική Απόφαση και δηλώνω υπεύθυνα:

- Είμαι δικαιούχος ή μέλος νοικοκυριού εγκεκριμένης αίτησης για το Ελάχιστο Εγγυημένο Εισόδημα τον μήνα Μάρτιο του 2023.
- Έχω ενημερωθεί και συμφωνώ με τους όρους και τις προϋποθέσεις υλοποίησης του προγράμματος Κάλυψη, όπως αυτοί καθορίζονται στην 24777/7-3-2023 Κ.Υ.Α..
- Συναινώ στη διασταύρωση και επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων μου, όπως προκύπτουν από το πληροφοριακό σύστημα του προγράμματος Ελάχιστο Εγγυημένο Εισόδημα και τα συνημμένα στην αίτηση δικαιολογητικά, αποκλειστικά για τις ανάγκες του προγράμματος.
- Τα μέλη του νοικοκυριού που θα συμμετέχουν στο πρόγραμμα Κάλυψη είναι οι κάτωθι:

(συμπεριλαμβάνονται αι τα στοιχεία του αιτούντα)

α/α	ΟΝΟΜΑ	ΕΠΩΝΥΜΟ	ΑΦΜ	ΑΜΚΑ	Σχέση (με αιτούντα)
1					

	υποβολή της αίτησης για το Ελάχιστο Εγγυημένο Εισόδημα)	
5	Βεβαίωση φιλοξενίας από δομή φιλοξενίας γυναικών θυμάτων βίας (Προσκομίζεται υποχρεωτικά σε περίπτωση που το νοικοκυριό διαμένει σε δομή φιλοξενίας)	

Ο/Η αιτών/ούσα