

Χορήγηση απόφασης για Δωρεάν φαρμακευτική κάλυψη

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

1. Αίτηση και υπεύθυνη δήλωση (χορηγούνται από την Υπηρεσία)
2. Δελτίο Αστυνομικής Ταυτότητας και φωτοτυπία αυτής ή διαβατήριο σε ισχύ. Σε περίπτωση προσέλευσης αντικλήτου, εξουσιοδότηση από τον ενδιαφερόμενο και φωτοτυπία της ταυτότητας του αντικλήτου.
3. Φωτοαντίγραφο απόφασης για όσους είναι ανανέωση της δωρεάν παροχής φαρμακευτικής περίθαλψης.
4. ΑΜΚΑ.
5. Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης του οικείου Δήμου.
6. Γνωμάτευση Υγειονομικής Επιτροπής με ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω για τον επιδοτούμενο που είναι άτομο με ειδικές ανάγκες (φωτοτυπία).
7. Εκκαθαριστικό Σημείωμα και Φορολογική Δήλωση Ε1 τρέχοντος έτους του ενδιαφερόμενου.
8. Το Ε2 τρέχοντος έτους για όσους εισπράττουν ενοίκια από ακίνητα.
9. Έντυπο Ε9 τρέχοντος έτους.
10. Για όσους δεν λαμβάνουν αναπηρικό επίδομα εκκαθαριστικό σημείωμα ΕΜΦΙΑ, όπου φαίνεται η αξία των ακινήτων του ενδιαφερόμενου.
11. Μισθωτήριο συμβόλαιο κατοικίας και τελευταία απόδειξη ενοικίου στο όνομα του ενδιαφερόμενου.
12. Δήλωση φιλοξενίας για όσους φιλοξενούνται και λογαριασμό ΔΕΚΟ αυτού που τον φιλοξενεί.



ΑΙΤΗΣΗ - ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΗ ΔΩΡΕΑΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ
ΣΕ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΥΣ (υπ' αρ. Α3(γ)/ΓΠ/οικ.25132 Κ.Υ.Α. (ΦΕΚ 908/2016 τ. Β')

Προς: Δήμο Πειραιά	Δ/ση Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών- Τμήμα παροχής προνοιακών επιδομάτων	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

ΕΠΩΝΥΜΟ:	ΑΜΚΑ:																			
ΟΝΟΜΑ:	ΑΦΜ:																			
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:	ΔΟΥ:																			
ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ:	ΑΔΤ/ΑΔΕΙΑΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ:																			
ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ:																			
ΙΘΑΓΕΝΕΙΑ:	ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ:																			
Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:	ΤΗΛ./ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛ.:																			
Τ.Κ.: ΔΗΜΟΣ:	Ε-MAIL:																			
ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΜΕΝΟΣ:	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ: (Σύμφωνα με τον πίνακα)																	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΕΛΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ
(Σύζυγος και εξαρτώμενα τέκνα)

	ΣΥΖΥΓΟΣ	ΤΕΚΝΟ	ΤΕΚΝΟ	ΤΕΚΝΟ	ΤΕΚΝΟ
ΕΠΩΝΥΜΟ					
ΟΝΟΜΑ					
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ					
ΑΜΚΑ					
ΑΦΜ					
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ					

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις¹, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

1. Δεν διαθέτω ενεργή ασφαλιστική ικανότητα και δεν διαθέτω ιδιωτική ασφάλιση.
2. Κατοικώ μόνιμα στην ανωτέρω διεύθυνση.

¹ «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.