

**ΑΙΤΗΣΗ - ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ
ΑΠΑΛΛΑΓΗ / ΜΕΙΩΣΗ ΕΝΙΑΙΟΥ
ΑΝΤΑΠΟΔΟΤΙΚΟΥ ΤΕΛΟΥΣ ΚΑΙ
ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ ΦΟΡΟΥ ΕΤΟΥΣ 2023**

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....
 ΟΝΟΜΑ:.....
 ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:.....
 ΟΝΟΜΑ ΣΥΖΥΓΟΥ:.....
 ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:.....
 ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:.....
 ΑΦΜ/ΑΡΜΟΔΙΑ ΔΟΥ:.....
 ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ
 ΟΔΟΣ:.....
 ΑΡ.:.....
 ΠΕΡΙΟΧΗ:.....
 ΤΑΧ. ΚΩΔΙΚΑΣ:.....
 ΤΗΛΕΦΩΝΑ:.....
 ΑΡ.ΠΑΡΟΧΗΣ :.....

ΗΜ/ΝΙΑ :.....
 ΑΡ.ΠΡΩΤ:.....

Παρακαλώ, όπως κάνετε δεκτό το αίτημα μου για απαλλαγή ή μείωση από τα δημοτικά τέλη και το δημοτικό φόρο στην κύρια κατοικία μου με αριθμό παροχής..... ΔΕΗ ή εναλλακτικού παρόχου διότι ανήκω στην κατηγορία.....

ΔΗΛΩΝΩ επίσης ΥΠΕΥΘΥΝΑ ότι τα στοιχεία είναι αληθή και ότι σε περίπτωση αλλαγής κατοικίας ή οποιουδήποτε άλλου στοιχείου που επηρεάζει τις προϋποθέσεις ένταξης μου στο πρόγραμμα (π.χ. απώλεια ιδιότητας, μείωση ποσοστού αναπηρίας ,κ.α.) θα ενημερώσω **άμεσα** τον Δήμο Καισαριανής.

ΚΑΙΣΑΡΙΑΝΗ...../...../202
 Ο Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ

**ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΟΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΓΙΑ
ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥΣ:**

- Αντίγραφο λογαριασμού ΔΕΗ ή εναλλακτικού παρόχου ρεύματος στο όνομα του αιτούντος ή μέλους της οικογένειας και απόδειξη πληρωμής.
- Αντίγραφο δελτίου αστυνομικής ταυτότητας ή άδεια διαμονής (αλλοδαποί)
- Πιστοποιητικό Οικογενειακής κατάστασης
- Βεβαίωση Μόνιμης Κατοικίας
- Τελευταίο Εκκαθαριστικό σημείωμα, Ε9 και Ε2. - Τίτλος ιδιοκτησίας ή μισθωτήριο συμβόλαιο (από Taxisnet ή θεωρημένο από την αρμόδια ΔΟΥ)
- Βεβαίωση σπουδών ή στρατιωτικής θητείας για τα προστατευόμενα μέλη.

• ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΑΝΕΡΓΟΙ:

- Αντίγραφο Δελτίου Ανεργίας από τον ΟΑΕΔ και Βεβαίωση ΟΑΕΔ ότι έχουν συμπληρωθεί 12 μήνες ανεργίας.
- Εκκαθαριστικό ΕΝΦΙΑ τελευταίου έτους των μελών της οικογένειας (μέχρι 180.000 για το πρώτο άτομο, προσαυξανόμενο κατά 10% για κάθε πρόσθετο μέλος και συνολικό ανώτατο όριο για κάθε νοικοκυριό τις 300.000 ευρώ)

• ΑΜΕΑ:

- Πιστοποιητικό Κέντρου Πιστοποίησης Αναπηρίας (ΚΕΠΑ) ή σχετικές βεβαιώσεις από υγειονομικές επιτροπές με ποσοστό αναπηρίας, ή απόφαση συνταξιοδότησης λόγω αναπηρίας με ποσοστό, που έχει εκδοθεί πριν τη λειτουργία των ΚΕΠΑ και ισχύει, ή βεβαίωση απογραφής στα μητρώα της Πρόνοιας με ποσοστό αναπηρίας εκδοθείσα από το 2012 και εξής

• ΑΠΟΡΟΙ :

- Απόφαση αναγνώρισης δικαιώματος παροχής δωρεάν φαρμακευτικής περίθαλψης ανασφάλιστου ή Έντυπο ασφαλιστικής ικανότητας του Υπουργείου Υγείας – Δικαιούχου του άρθ.33 του Ν. 4368/2016-2.
- Εκκαθαριστικό ΕΝΦΙΑ τελευταίου έτους
- Κοινωνική έρευνα της Κοινωνικής Υπηρεσίας, εφόσον αυτό κριθεί απαραίτητο.

• ΜΟΝΟΓΟΝΕΪΚΕΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ

- Διοικητικό ή δικαστικό έγγραφο αποδεικτικό μονογονεϊκότητας
 - Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης (άγαμη και χωρίς σύμφωνο συμβίωσης)
 - Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης από την πατρική μερίδα
- Υπεύθυνη Δήλωση ότι δεν έχει τελέσει γάμο και δεν έχει συνάψει σύμφωνο συμβίωσης.

• ΠΟΛΥΤΕΚΝΟΙ :

- Βεβαίωση συλλόγου πολυτέκνων ΑΣΠΕ.
- Βεβαίωση σπουδών ή στρατού για τα ενήλικα προστατευόμενα τέκνα.

• ΤΡΙΤΕΚΝΟΙ:

- Βεβαίωση σπουδών ή στρατού για τα ενήλικα προστατευόμενα τέκνα.