**ΑΙΤΗΣΗ - ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΑΛΛΑΓΗ / ΜΕΙΩΣΗ ΕΝΙΑΙΟΥ ΑΝΤΑΠΟΔΟΤΙΚΟΥ ΤΕΛΟΥΣ ΚΑΙ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ ΦΟΡΟΥ ΕΤΟΥΣ 2024**

\*ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:

ΟΝΟΜΑ ΣΥΖΥΓΟΥ:

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

ΑΦΜ/ΑΡΜΟΔΙΑ ΔΟΥ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

ΟΔΟΣ:

ΑΡ.:

ΠΕΡΙΟΧΗ:

TAX. ΚΩΔΙΚΑΣ:

ΤΗΛΕΦΩΝΑ:

**E-MAIL: …………………………………..**

ΑΡ.ΠΑΡΟΧΗΣ : ………………………….

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

ΠΡΟΣ:ΔΗΜΟ ΚΑΙΣΑΡΙΑΝΗΣ

 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 αλλού 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

* **ΑΠΟΡΟΙ** :
* **Απόφαση αναγνώρισης δικαιώματος παροχής δωρεάν φαρμακευτικής περίθαλψης ανασφάλιστου** ή Έντυπο ασφαλιστικής ικανότητας του Υπουργείου Υγείας – Δικαιούχοι 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.