



ΔΗΜΟΣ ΒΟΡΕΙΑΣ ΚΥΝΟΥΡΙΑΣ

Αυτοτελές Τμήμα Κοινωνικής Προστασίας, Παιδείας, Πολιτισμού & Αθλητισμού

Τηλ. 27553 60101, fax: 27553 60169, e-mail: astros01@otenet.gr

ΑΡΙΘ.ΠΡΩΤ.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ.....

ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(επέχει θέση υπεύθυνης δήλωσης του Ν. 1599/1986)

προς την Επιτροπή επανασύνδεσης ηλεκτρικού ρεύματος του Δήμου Βόρειας Κυνουρίας

Παρακαλώ όπως με εντάξετε στις διατάξεις της ΚΥΑ ΥΠΕΝ/ΥΠΡΓ/ 7408/1228/14.02.2018 για το ακίνητο που είναι και η κύρια κατοικία μου & βρίσκεται στην οδό με αριθμό παροχής ηλεκτρικού ρεύματος: για επανασύνδεση του ηλεκτρικού ρεύματος και παροχή εφάπαξ ειδικού βοηθήματος.

| ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ |
|------------------------|---------------------|
| ΕΠΩΝΥΜΟ: | ΟΔΟΣ: |
| ΟΝΟΜΑ: | ΑΡ.: |
| ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ: | ΠΕΡΙΟΧΗ: |
| ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: | ΤΑΧ. ΚΩΔΙΚΑΣ: |
| Α.Φ.Μ.: | ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΟΙΚΙΑΣ: |
| Α.Δ.Τ. / ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ: | ΚΙΝΗΤΟ: |

Ο/Η αιτών/ούσα

.....

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΑΙΤΗΣΗΣ

1. Ε.1 του τελευταίου φορολογικού έτους
2. Ε.9 Δήλωσης Περιουσίας
3. Εκκαθαριστικό σημείωμα του τελευταίου φορολογικού έτους
4. Απόδειξη ΕΝ.Φ.Ι.Α. του τελευταίου φορολογικού έτους
5. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης
6. Πρόσφατο Λογαριασμό-Ειδοποίηση Πληρωμής Παρόχου Ηλεκτρικού Ρεύματος

ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΑΙΤΗΣΗΣ

1. Γνωμάτευση πιστοποίησης αναπηρίας από ΚΕ.Π.Α για αναπηρία 67% και άνω.
2. 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.
3. Άλλο