

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΜΗΝΙΑΙΑ ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΤΡΟΦΙΜΩΝ

- **Η ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΕΙΝΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ.**
- **ΑΙΤΗΣΕΙΣ ΜΕ ΕΛΛΕΙΠΗ ΣΤΟΙΧΕΙΑ Η/ΚΑΙ ΑΠΟΔΕΙΚΤΙΚΑ ΔΕΝ ΘΑ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΔΕΚΤΕΣ.**

Σύμφωνα με τον Γενικό Κανονισμό για την Προστασία των Δεδομένων (ΕΕ) 2016/679, το Ίδρυμα «Πολυδύναμο Δημοτικό Κέντρο Στροβόλου» («Πολυδύναμο Κέντρο») έχει νομική υποχρέωση να προστατεύει τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που συλλέγει από εσάς.

Τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα τηρούνται με ασφάλεια και δεν διαβιβάζονται σε τρίτους παρά μόνον στο πλαίσιο των νόμιμων δραστηριοτήτων του Πολυδύναμου Κέντρου, ή/και για συμμόρφωση με νομική υποχρέωση ή/και για άλλους λόγους που προβλέπονται στην Πολιτική Προστασίας Δεδομένων που είναι διαθέσιμη στη Διεύθυνση του Πολυδύναμου Κέντρου και στον ακόλουθο σύνδεσμο της ιστοσελίδας του Δήμου Στροβόλου:

<https://www.strovolos.org.cy/archiki-selida/o-dimos/kinoniki-prosfora/idrima-polidinamo-dimotiko-kentro-strovolou/#toggle-id-3>.

Με τη συμπλήρωση και υπογραφή της παρούσας αίτησης, επιβεβαιώνετε ότι έχετε ενημερωθεί μέσω της Πολιτικής Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων για την επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που παρέχετε με την παρούσα αίτηση και τυχόν συνοδευτικά έγγραφα που επισυνάπτονται σε αυτή.

Επιβεβαιώνετε, επίσης, ότι έχετε ενημερωθεί ότι σε περίπτωση που επιθυμείτε να λάβετε περαιτέρω πληροφόρηση σχετικά με τα δεδομένα τα οποία διατηρεί το Πολυδύναμο Κέντρο ή εάν επιθυμείτε να ασκήσετε το δικαίωμα πρόσβασης, και/ή διόρθωσης, και/ή διαγραφής των δεδομένων σας και/ή το δικαίωμα στον περιορισμό της επεξεργασίας, και/ή αντίρρησης στην επεξεργασία των δεδομένων σας, μπορείτε να αποταθείτε γραπτώς στο Πρόγραμμα Στήριξης Άπορων Ατόμων και Οικογενειών Δήμου Στροβόλου, μέσω του τηλεομοιοτύπου 22 470579 ή δια χειρός.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ/ ΑΙΤΗΤΡΙΑΣ

Όνοματεπώνυμο: _____ ΑΔΤ/ΑΡΚ: _____

Διεύθυνση: _____ Τ.Κ.: _____

Περιοχή: _____ Ημερομηνία Γέννησης: _____ Τηλέφωνο: _____

Επάγγελμα: _____ E-mail: _____

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

- Άγαμος/η
- Έγγαμος/η
- Διαζευγμένος/η
- Χήρος/α
- Μονογονιός
- Άλλο: _____

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΖΥΓΟΥ

Όνοματεπώνυμο: _____ ΑΔΤ/ΑΡΚ: _____

Διεύθυνση: _____ Τ.Κ.: _____

Περιοχή: _____ Ημερομηνία Γέννησης: _____ Τηλέφωνο: _____

Επάγγελμα: _____ E-mail: _____

ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ ΜΕΛΗ

	Όνοματεπώνυμο	Ηλικίες	ΑΔΤ/ΑΡΚ
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Σημειώστε τα **μηνιαία** ποσά όπου ισχύουν και **επισυνάψτε τα σχετικά αποδεικτικά.**

Εισοδήματα από:	Ποσό	Έξοδα για:	Ποσό
Εργασία αιτητή		Ενοίκιο	
Εργασία συζύγου		Δόση οικιστικού δανείου	
Εργασία/βοηθήματα/επιδόματα παιδιών που διαμένουν μαζί σας (συνολικά ποσά)		Δόση άλλου δανείου (να σημειωθεί ο σκοπός)	
Δημόσιο βοήθημα/ΕΕΕ		Παιδικός σταθμός	
Σύνταξη/Σύνταξη Ανικανότητας/ Συμπλήρωμα συντάξεων		Ειδική Φαρμακευτική Αγωγή που δεν προσφέρεται στο Δημόσιο Νοσοκομείο (απαραίτητη σχετική βεβαίωση)	
Επιδόματα (Πολυτέκνων/Τέκνων/ Μονογονιού/Άλλο		Θεραπείες που δεν προσφέρονται στο Δημόσιο Νοσοκομείο	
Επιδόματα από το Τμήμα Κοινωνικής Ενσωμάτωσης Ατόμων με Αναπηρία (συνολικά ποσά)		Φροντίδα	
Διατροφή		Άλλες ειδικές ανάγκες	
Ενοίκια από ιδιότητα οικήματα		Εκπαίδευση	
Άλλο		Άλλο:	
Σύνολο Εσόδων:		Σύνολο Εξόδων:	

ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

- Ταυτότητα/Διαβατήριο δικαιούχου/Αριθμός Άδειας Παραμονής για αλλοδαπούς (ARC), για όλα τα άτομα που μένουν στο ίδιο σπίτι (παιδιά, σύζυγο, γονείς κλπ.)
- Τελευταίο μηνιαίο εισόδημα για όλα τα μέλη της οικογένειας που εργάζονται.
- Βεβαίωση λήψης Δημόσιου Βοηθήματος (ΕΕΕ) η οποία εκδίδεται από τις Υπηρεσίες Κοινωνικής Ευημερίας (να επισυνάπτεται απόκομμα του τελευταίου ποσού λήψης).
- Πιστοποιητικά γεννήσεως όλων των μελών της οικογένειας.
- Λογαριασμό τηλεφώνου ή ηλεκτρικού ρεύματος στον οποίο να αναγράφεται η μόνιμη διεύθυνση κατοικίας.
- Αντίγραφο ενοικιαστήριου εγγράφου.
- Βεβαίωση φοίτησης για το τρέχον ακαδημαϊκό έτος για τα μέλη της οικογένειας τα οποία σπουδάζουν.
- Βεβαίωση σύνταξης.
- Βεβαίωση επιδόματος.
- Βεβαίωση θητείας στην Εθνική Φρουρά.
- Βεβαίωση εγγραφής στο Γραφείο Εργασίας ή Κάρτα Ανεργίας.
- Αποδείξεις για μηνιαία έξοδα που αφορούν παιδοκομικούς σταθμούς/ θεραπείες, κ.ά.

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Εγώ ο/η _____
με αριθμό ταυτότητας _____ δηλώνω υπεύθυνα ότι όλα τα πιο πάνω στοιχεία
είναι αληθή και επισυνάπτω όλα τα σχετικά στοιχεία και βεβαιώσεις.

Γνωρίζω πως τα προσωπικά μου στοιχεία θα διατεθούν αποκλειστικά για σκοπούς
εξέτασης της αίτησής μου και πως θα είναι σε γνώση της υπηρεσίας του Ιδρύματος
«Πολυδύναμο Δημοτικό Κέντρο Στροβόλου». Σε περίπτωση αλλαγής της οικονομικής
μου κατάστασης, της διεύθυνσης διαμονής ή/και του αριθμού του τηλεφώνου μου θα
ενημερώσω το Ίδρυμα.

Έχω διαβάσει και έχω κατανοήσει τις Γενικές Πληροφορίες (Έντυπο 1) και έχω πάρει
αντίγραφο. Εξουσιοδοτώ το Ίδρυμα «Πολυδύναμο Δημοτικό Κέντρο Στροβόλου», όπως
εξασφαλίσει και διερευνήσει από άλλες Κυβερνητικές Υπηρεσίες και/ή οποιαδήποτε Αρχή
και/ή οποιοδήποτε Φορέα, οποιαδήποτε στοιχεία και/ή πληροφορίες σχετίζονται με την
οικονομική μου κατάσταση και είναι αναγκαία προκειμένου να εξεταστεί η αίτησή μου για
να καταστώ δικαιούχος της παροχής τροφίμων του Δήμου Στροβόλου.

Ενημερώθηκα και συγκατατίθεμαι στην επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και τυχόν
συνοδευτικών εγγράφων που παρέχω με την παρούσα αίτηση από το Ίδρυμα «Πολυδύναμο Δημοτικό
Κέντρο Στροβόλου», για σκοπούς μηνιαίας προσφοράς τροφίμων, σύμφωνα με τις πρόνοιες του Γενικού
Κανονισμού για την Προστασία των Δεδομένων [Κανονισμός (ΕΕ) 2016/679]. Έχω επίσης ενημερωθεί ότι
σε περίπτωση κατά την οποία επιθυμώ να λάβω περαιτέρω πληροφόρηση σχετικά με τα δεδομένα τα
οποία διατηρεί το Ίδρυμα ή εάν επιθυμώ να εξασκήσουμε το δικαίωμα πρόσβασης και/ή διόρθωσης και/ή
διαγραφής των δεδομένων μου και/ή το δικαίωμα στον περιορισμό της επεξεργασίας των δεδομένων ή να
ανακαλέσω τη συγκατάθεση μου, μπορώ υποβάλλοντας γραπτώς αίτημα μέσω του τηλεομοιότυπου
22470579 ή δια χειρός στο Ίδρυμα.

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Υπογραφή: _____

Ημερομηνία: _____