

ΠΡΟΣ

Δ/ση Κοινωνικής Προστασίας,
Παιδείας & Αθλητισμού,
Τμ. Κοινωνικής Προστασίας

Α Ι Τ Η Σ Η

ΟΝΟΜΑ: _____

ΕΠΩΝΥΜΟ: _____

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ: _____

Σας παρακαλώ όπως, δυνάμει της υπ' αριθ.Α3(γ)ΓΠ/οικ.25132 Κ.Υ.Α (ΦΕΚ 908/2016 Τ. Β'), με εντάξετε στο πρόγραμμα δωρεάν φαρμακευτικής περίθαλψης.

_____ ΑΙΤΟΥΜ _____

Σύρος, _____/20__



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: <i>Δήμο Σύρου-Ερμούπολης</i>	Αρμόδια Υπηρεσία: <i>Δ/ση Κοινωνικής Προστασίας, Παιδείας & Αθλητισμού Δήμου Σύρου-Ερμούπολης, Τμ. Κοινωνικής Προστασίας</i>	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		<i>Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία</i>	

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:		E-MAIL:	
ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΜΕΝΟΣ:	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ: <i>(Σύμφωνα με τον πίνακα)</i>

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.

3. Για τις κατηγορίες 8, 9 και 10:

- Κατά το τελευταίο φορολογικό έτος εγώ και η οικογένειά μου έχουμε συνολικά δηλωθέντα εισοδήματα από:

- α. Επίδομα ανεργίας ύψους.....
- β. Διατροφή ανηλίκου τέκνου ύψους.....
- γ. Επίδομα αναδοχής ύψους.....
- δ. Εξωιδρυματικό επίδομα ύψους.....
- ε. Προνοιακό επίδομα αναπηρίας από το Δήμο ύψους.....
- στ. Το πρόγραμμα Εγγυημένο Κοινωνικό Εισόδημα.....

- Η συνολική αξία της ακίνητης περιουσίας μου και των μελών της οικογένειάς μου (σύμφωνα με το τελευταίο εκκαθαριστικό ΕΝΦΙΑ) είναι.....

- Το συνολικό ύψος των καταθέσεων και η τρέχουσα αξία μετοχών, ομολόγων και κινητών αξιών μου και των μελών της οικογένειάς μου στην Ελλάδα και το εξωτερικό είναι.....

- Συναινώ στο σύνολο των ηλεκτρονικών διασταυρώσεων και λοιπών ελέγχων που θα πραγματοποιηθούν για την επιβεβαίωση των στοιχείων που δηλώνω στην αίτηση.

Επισυνάπτω τα ακόλουθα δικαιολογητικά:

1. Φωτοτυπία ταυτότητας/διαβατηρίου ή φωτοτυπία άδειας διαμονής σε ισχύ ή βεβαίωσης κατάθεσης αιτήματος χορήγησης ή ανανέωσης.

2. Αποδεικτικό κατοικίας (μισθωτήριο συμβόλαιο ή λογαριασμός ΔΕΚΟ/τηλεφώνου, καθώς και σε περίπτωση φιλοξενίας, λογαριασμός ΔΕΚΟ/τηλεφώνου και υπεύθυνες δηλώσεις του αιτούντος και του απόμου που φιλοξενεί).

3. Το δικαιολογητικό που αντιστοιχεί στην κατηγορία δικαιούχου του αιτούντος ή/και των μελών οικογένειας (σημειώστε).

.....

4. Για τις κατηγορίες 8,9 και 10, Ε1 και εκκαθαριστικό τελευταίου φορολογικού έτους.

5. Για τις κατηγορίες 8,9 και 10, το δικαιολογητικό που αντιστοιχεί στα δηλωθέντα εισοδήματα α-στ. (Για την περίπτωση λήψης προνοιακού επιδόματος αναπηρίας από το Δήμο η Υπηρεσία προβαίνει σε αυτεπάγγελτη αναζήτηση).

.....

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ

(επισυνάπτεται εξουσιοδότηση/ πληρεξούσιο/ απόφαση δικαστικής συμπαράστασης και στοιχεία ταυτότητας)

ΕΠΩΝΥΜΟ:	ΑΔΤ:
ΟΝΟΜΑ:	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ:
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:	ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ:

.....(Πόλη-Ημερομηνία)

Ο/Η ΑΙΤ.....

.....(υπογραφή)

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ των ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

άρθρα 13 και 14 του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679

(συνοδεύει το έντυπο της **Αίτησης – Υπεύθυνης Δήλωσης ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΗ ΔΩΡΕΑΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΕ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΥΣ** του Τμήματος Κοινωνικής Προστασίας της Διεύθυνσης Κοινωνικής Προστασίας, Παιδείας και Αθλητισμού του Δήμου Σύρου Ερμούπολης).

Το ΝΠΔΔ-ΟΤΑ Α' βαθμού με την επωνυμία «**Δήμος Σύρου - Ερμούπολης**», που εδρεύει στην Ερμούπολη Σύρου (Πλατεία Μιαούλη, ΤΚ 841 00, Τηλέφωνο: 2281361000), όπως νόμιμα εκπροσωπείται από τον κ. Δήμαρχό του, **ενημερώνει** με το παρόν, και σύμφωνα με τις διατάξεις της κείμενης νομοθεσίας περί προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα (ΔΠΧ) και ιδιαιτέρως του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 και του Ν.4624/2019, **υπό την ιδιότητά του ως «Υπεύθυνος Επεξεργασίας»** το φυσικό πρόσωπο που συμπληρώνει και υπογράφει την ως άνω Αίτηση – Υπεύθυνη Δήλωση (*εφεξής καλούμενο «Υποκείμενο των Δεδομένων»-ΥΤΔ*), ότι ο ίδιος ο ΟΤΑ και οι αρμόδιες Υπηρεσίες-Διευθύνσεις-Τμήματα αυτού (όπως και οι υπάλληλοί του, που ενεργούν υπό την εποπτεία του, κατ' εντολή και για λογαριασμό του και στα πλαίσιο των αρμοδιοτήτων τους, πιθανόν δε και άλλοι ως από κοινού "Υπεύθυνοι Επεξεργασίας" ή "Εκτελούντες την Επεξεργασία", τρίτοι ή αποδέκτες: υπουργεία, δημόσιες αρχές, ΔΟΥ, δικαστικές αρχές κλπ., βάσει συμμόρφωσης με έννομη υποχρέωση του "Υπευθύνου Επεξεργασίας" ή σε εκπλήρωση καθήκοντος του ή για εκτέλεση σύμβασης), **συλλέγει, επεξεργάζεται και τηρεί** τα προσωπικά δεδομένα που αναφέρονται στο Έντυπο της Αίτησης – Υπεύθυνης Δήλωσης, τα οποία αυτοβούλως και για την ικανοποίηση των αιτημάτων του υποβάλλει ο/η αιτών/ούσα – «Υποκείμενο των Δεδομένων».

Δραστηριότητα ΔΠΧ	επεξεργασίας	Παροχή Δωρεάν Φαρμακευτικής Περίθαλψης σε Ανασφάλιστους
Υποκείμενα		<ul style="list-style-type: none"> - Αιτών/ούσα - Μέλη οικογένειας - Βεβαιώσαντες επί βεβαιώσεων/πιστοποιητικών - Εκπρόσωπος για κατάθεσης αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης
Σκοπός επεξεργασίας ΔΠΧ		<ul style="list-style-type: none"> - Επεξεργασία/διεκπεραίωση αιτήματος παροχής δωρεάν φαρμακευτικής περίθαλψης σε ανασφάλιστους - Ανάγκη επικοινωνίας με το ΥΤΔ
Νομική βάση επεξεργασίας ΔΠΧ		Συμμόρφωση με έννομη υποχρέωση του Υπευθύνου Επεξεργασίας (ΓΚΠΔ άρθρο 6 § 1γ'), ΚΥΑ Α3(γ)/ΓΠ/οικ.25132 (ΦΕΚ Β'/908/2016)
Χρόνος διατήρησης ΔΠΧ		Διατήρηση στο αρμόδιο Τμήμα για απαραίτητο χρονικό διάστημα διάρκειας για διάστημα που απαιτείται από την οικεία νομοθεσία – Ασφαλής αρχειοθέτηση και στη συνέχεια, ασφαλής καταστροφή των ΔΠΧ δυνάμει νομοθετικών διατάξεων (πχ. ΠΔ 480/1985)
Δικαιώματα ΥΤΔ*		<ul style="list-style-type: none"> - Πρόσβαση (ΓΚΠΔ άρθρο 15) - Διόρθωση (ΓΚΠΔ άρθρο 16) - Περιορισμός της επεξεργασίας (ΓΚΠΔ άρθρο 18) *υπό τους όρους της κείμενης νομοθεσίας
Τρόπος άσκησης δικαιωμάτων ΥΤΔ		<ul style="list-style-type: none"> - με συμπλήρωση αίτησης/φόρμας που υπάρχει στις Δ/νσεις του Δήμου - με επιστολή στη διεύθυνση «Δήμος Σύρου Ερμούπολης» (Πλατεία Μιαούλη, ΤΚ 841 00, Τηλέφωνο: 2281361000) - με ηλεκτρονικό μήνυμα στη διεύθυνση που υπάρχει στην ιστοσελίδα του Δήμου
Περαιτέρω Εχεμύθεια	Διαβίβαση -	<ul style="list-style-type: none"> - Καταρχήν απαγορεύεται η περαιτέρω διαβίβαση. - Διαβίβαση δυνάμει άρθρου 26 Ν. 4624/2019
Δικαιώμα ΑΠΔΠΧ	καταγγελίας στην	<ul style="list-style-type: none"> - εγγράφως στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Διεύθυνση: Λεωφόρος Κηφισίας 1-3, Τ.Κ. 115 23, Αθήνα) - με ηλεκτρονικό μήνυμα (www.dpa.gr)