



ΕΝΣΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΕΠΙΒΟΛΗΣ ΠΟΣΟΣΤΟΥ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ
ΣΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΓΙΑ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΥΣ
υπ' αρ. Α3(γ)/ΓΠ/οικ.25132 Κ.Υ.Α. (ΦΕΚ908/2016 τ. Β')

Προς: Δήμο: Σύρου- Ερμούπολης	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:	Ε-MAIL:		
ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΜΕΝΟΣ:	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ:

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. 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 ύψους.....
 - στ. Κοινωνικό Εισόδημα Αλληλεγγύης/Εγγυημένο Κοινωνικό Εισόδημα.....
4. Η συνολική αξία της ακίνητης περιουσίας μου και των μελών της οικογένειάς μου (σύμφωνα με το τελευταίο εκκαθαριστικό ΕΝΦΙΑ) είναι.....
5. Το συνολικό ύψος των καταθέσεων και η τρέχουσα αξία μετοχών, ομολόγων και κινητών αξιών μου και των μελών της οικογένειάς μου είναι.....
6. 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 (δεν απαιτείται, εφόσον είχε κατατεθεί αίτηση).
2. Αποδεικτικό κατοικίας -μισθωτήριο συμβόλαιο ή λογαριασμός ΔΕΚΟ/τηλεφώνου, καθώς και σε περίπτωση φιλοξενίας, λογαριασμός ΔΕΚΟ/τηλεφώνου και υπεύθυνες δηλώσεις του αιτούντος και του ατόμου που φιλοξενεί- (δεν απαιτείται, εφόσον είχε κατατεθεί αίτηση).
3. Αποδεικτικό ηλεκτρονικής συνταγογράφησης ή απόφαση απόρριψης από το Δήμο για παροχή δωρεάν φαρμακευτικής περίθαλψης ή εκτύπωση ασφαλιστικής ικανότητας από την ιστοσελίδα <https://www.keaprogram.gr> → «Είσοδος για πολίτες» → «Η Ασφαλιστική μου Ικανότητα» ή εκτύπωση αποτελέσματος ελέγχου Ηλεκτρονικού Μητρώου Ανασφαλιστών.

4.Κατά περίπτωση, το δικαιολογητικό που στηρίζει το αίτημα:

- α. Εκκαθαριστικό σημείωμα και Ε1 τελευταίου φορολογικού έτους (δεν απαιτείται, εφόσον είχε κατατεθεί αίτηση).
- β. Βεβαίωση λήψης επιδόματος ανεργίας/ εξωιδρυματικού επιδόματος/ εγγυημένου κοινωνικού εισοδήματος/ επιδόματος αναδοχής για το τελευταίο φορολογικό έτος.

¹ «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

Σε περίπτωση λήψης διατροφής τέκνου σχετική απόφαση δικαστηρίου ή συμβολαιογραφική πράξη ή ιδιωτικό έγγραφο επικυρωμένο από δικαστήριο. (δεν απαιτείται, εφόσον είχε προσκομιστεί κατά την αίτηση).

Για την περίπτωση λήψης προνοιακού επιδόματος αναπηρίας από το Δήμο η Υπηρεσία προβαίνει σε αυτεπάγγελτη αναζήτηση.

γ. Σε περίπτωση διάστασης μεταξύ συζύγων, αίτηση διαζυγίου ή υποβολή ξεχωριστής φορολογικής δήλωσης ύστερα από σχετική γνωστοποίηση της διάστασης στην Δ.Ο.Υ. ή αποδεικτικά μη συνόικησης των εν διαστάσει συζύγων. Σε περίπτωση αμφιβολίας, η Υπηρεσία δύναται να εισηγηθεί τη διεξαγωγή κοινωνικής έρευνας.

δ. Εκκαθαριστικά ΕΝΦΙΑ του συνόλου των μελών της οικογένειας για το τελευταίο φορολογικό έτος.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ

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

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

Πόλη/Ημερομηνία	Ο/Η Αιτών –ούσα -Υπογραφή

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ των ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ
 άρθρα 13 και 14 του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679
 (συνοδεύει το έντυπο της **ΕΝΣΤΑΣΗΣ ΚΑΤΑ ΕΠΙΒΟΛΗΣ ΠΟΣΟΣΤΟΥ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΓΙΑ 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 το ως άνω έντυπο Ένστασης (*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 Ένστασης, τα οποία αυτοβούλως και για την ικανοποίηση των αιτημάτων του υποβάλλει ο/η αιτών/ούσα – «Υποκείμενο των Δεδομένων».

Δραστηριότητα επεξεργασίας ΔΠΧ	Ένσταση κατά επιβολής ποσοστού συμμετοχής στη φαρμακευτική δαπάνη για ανασφάλιστους
Υποκείμενα	<ul style="list-style-type: none"> - Αιτών/ούσα - Μέλη οικογένειας αιτούντος/αιτούσας - Εκπρόσωπος για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής πράξης - Εκμισθωτής (αν προσκομίζεται μισθωτήριο)
Σκοπός επεξεργασίας ΔΠΧ	<ul style="list-style-type: none"> - Ευδοκίμηση ή απόρριψη ένστασης κατά επιβολής ποσοστού συμμετοχής στη φαρμακευτική δαπάνη για 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 Κ.Υ.Α. (ΦΕΚ 908/Β'/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 Διαβίβαση – Εχεμύθεια	<ul style="list-style-type: none"> - Καταρχήν απαγορεύεται η περαιτέρω διαβίβαση. - Διαβίβαση δυνάμει άρθρου 26 Ν. 4624/2019
Δικαίωμα καταγγελίας στην ΑΠΔΠΧ	<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)