



## ΔΗΜΟΣ ΑΘΗΝΟΥ

### ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΜΕΙΩΣΗ ΤΩΝ ΤΕΛΩΝ ΑΠΟΚΟΜΙΔΗΣ ΣΚΥΒΑΛΩΝ

#### ΜΟΝΟΓΟΝΕΪΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Αιτούμαι μείωση των τελών αποκομιδής σκυβάλων, καθώς εμπίπτω σε μια εκ των δυο κατηγοριών ειδικής τιμολόγησης για μονογονεϊκές οικογένειες.

1. ΟΝΟΜΑ: ..... ΕΠΩΝΥΜΟ: .....
2. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: .....
3. ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ: .....
4. ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ: .....
5. ΑΡ. ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ: .....
6. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: .....

Έχοντας υπόψη τις πρόνοιες του Νόμου δηλώνω υπεύθυνα ότι μένω μόνος/ μόνη με το/τα ανήλικο/ανήλικα παιδί/ παιδιά μου.

Τα στοιχεία του/των εξαρτωμένου/ων τέκνου/ων που ζει/ζουν κάτω από την ίδια στέγη είναι τα εξής:

A/A	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	Αρ. Ταυτότητας	Ημερ. Γέννησης	Ιδιότητα (ανήλικος, μαθητής, στρατιώτης, ανάπηρος)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

Με βάση το μηνιαίο μου εισόδημα το οποίο ανέρχεται στα €....., δηλώνω υπεύθυνα ότι εμπίπτω στην πιο κάτω ειδική κατηγορία τιμολόγησης (σημειώστε με √):

A/A	ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ	ΕΚΠΤΩΣΗ	ΜΕΙΩΣΗ	√
1.	€0 - €1.000	35%	€52,50	
2.	€1.001 - €1.500	15%	€22,50	

Επισυνάπτω αντίγραφα των πιο κάτω εγγράφων:

- (α) Βεβαίωση του Υπουργείου Οικονομικών για λήψη επιδόματος μονογονέα.
- (β) Βεβαίωση εισοδήματος από τις Κοινωνικές Ασφαλίσεις ή πιστοποιητικό αποδοχών.
- (γ) Πιστοποιητικό/ά γεννήσεως εξαρτωμένου/ων τέκνου/ων.
- (δ) Για εξαρτώμενα τέκνα άνω των 18 ετών, βεβαίωση από τον στρατό ή από το Πανεπιστήμιο.

### **Δήλωση Συγκατάθεσης για Επεξεργασία Δεδομένων που αφορούν την Υγεία.**

[Να συμπληρωθεί στην περίπτωση που ο/η αιτητής/τρια αποκαλύπτει με τη συμπλήρωση της παρούσας αίτησης ότι εξαρτώμενο/α τέκνο/α πάσχει/ουν από αναπηρία και/ή τα έγγραφα που επισυνάπτονται στην παρούσα αποκαλύπτουν άλλες πληροφορίες που αφορούν θέματα υγείας (π.χ. επίδομα ανικανότητας)].

Ο Δήμος Αθηνών («ο Δήμος») ζητά τη συγκατάθεσή σας για να συλλέξει και να χρησιμοποιήσει τις πληροφορίες που αφορούν θέματα υγείας, τα οποία εσείς αποκαλύπτετε με τη συμπλήρωση και υποβολή της παρούσας και/ή των εγγράφων που επισυνάπτονται σ' αυτήν, για σκοπούς αξιολόγησης της παρούσας αίτησης. Οι πληροφορίες αυτές θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά από τον Δήμο και δεν θα κοινοποιηθούν σε τρίτους. Σε περίπτωση όμως που η παρούσα εγκριθεί, οι λόγοι έγκρισης/σχετική κατηγορία ειδικής τιμολόγησης θα καταχωρηθούν στο πρόγραμμα ΥΛΑΤΙΣ. Έχετε το δικαίωμα να μην αποκαλύψετε τέτοιες πληροφορίες ή να ανακαλέσετε αργότερα τη συγκατάθεσή σας για χρήση τέτοιων πληροφοριών που έχετε ήδη δώσει, επικοινωνώντας σχετικά με τον Δήμο. Σε τέτοια περίπτωση όμως, ενδέχεται ο Δήμος να μην δύναται να εξετάσει την παρούσα αίτηση, ή, στην περίπτωση που αυτή έχει ήδη εγκριθεί, να ανακαλέσει την έγκριση.

**Δίνω** τη συγκατάθεσή μου

**Δεν**

δίνω

τη

Στην περίπτωση που οι πληροφορίες αυτές αφορούν σε εξαρτώμενο/α τέκνο/α άνω των 18 ετών, να συμπληρωθεί από το/α τέκνο/ά αυτά:

Όνομα εξαρτωμένου/ων τέκνου/ων: .....

Αριθμός Ταυτότητας/Διαβατηρίου τέκνου/ων: .....

Υπογραφή τέκνου/ων: .....

Ημερομηνία: .....

Ο/Η Δηλών/Δηλούσα

Για υπηρεσιακή χρήση

Υπογραφή: .....

Υπογραφή: .....

Ημερομηνία: .....

Όνομα: .....

Ημερομηνία: .....

ΔΗΜΟΣ ΑΘΗΝΟΥ

ΛΕΩΦ. ΑΡΧ. ΜΑΚΑΡΙΟΥ ΙΙΙ ΑΡ.2, 7600 ΑΘΗΝΟΥ, ΛΑΡΝΑΚΑ, ΚΥΠΡΟΣ,  
ΤΗΛ.: 24811370 ΦΑΞ: 24522333, E-Mail: [mail@athienou.org.cy](mailto:mail@athienou.org.cy) <http://www.athienou.org.cy>