

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ
ΔΗΜΟΥ ΝΕΑΣ ΦΙΛΑΔΕΛΦΕΙΑΣ – ΝΕΑΣ ΧΑΛΚΗΔΟΝΑΣ

ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΤΑΞΗ
ΣΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ – ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΕΝΔΥΜΑ ΕΤΟΥΣ 2027

i) Υποχρεωτικά δικαιολογητικά, για όλους τους υποψηφίους δυνητικούς δικαιούχους:

- ☐ Αίτηση του ενδιαφερομένου, όπου αναφέρονται οι ΑΜΚΑ όλων των μελών.
- ☐ Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης (όχι παλαιότερο των έξι μηνών).
- ☐ Φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου σε ισχύ καθώς και άδεια διαμονής σε ισχύ (όλων των ενήλικων μελών της οικογένειας).
- ☐ Αντίγραφο πρόσφατου λογαριασμού ΔΕΗ ή ΕΥΔΑΠ, ή ΟΤΕ στο όνομα του δικαιούχου ή βεβαίωση μόνιμης κατοικίας από τον Δήμο. Σε περίπτωση φιλοξενίας, μόνο όταν δεν δηλώνεται στο Ε1, απαιτείται σχετική Υπεύθυνη Δήλωση (και από τα δυο μέρη: του φιλοξενούμενου και του ατόμου που φιλοξενεί).
- ☐ Αντίγραφο της τελευταίας Δήλωσης Φορολογίας Εισοδήματος (έντυπο Ε1) και του Εκκαθαριστικού Σημειώματος φυσικών προσώπων (Προσοχή: Εάν κάποιο από τα αναγραφόμενα άτομα δεν είναι προστατευόμενο μέλος και δεν αναγράφεται στο Ε1 του/της αιτούντος/σας, πρέπει να προσκομίζεται και το δικό του Ε1, καθώς και το εκκαθαριστικό του σημείωμα).
- ☐ Αντίγραφο της τελευταίας Δήλωσης Ενιαίου Φόρου Ιδιοκτησίας Ακινήτων ΕΝΦΙΑ ή Έντυπο Ε9 σε περίπτωση που δεν υπάρχει ακίνητη περιουσία και δεν έχει υποβληθεί δήλωση Ε9 όλων των ενήλικων μελών της οικογένειας. (Εκτύπωση από το gsis (taxisnet),

ii) Επιπλέον δικαιολογητικά, κατά περίπτωση εάν ανήκετε στις κάτωθι κατηγορίες:

- ☐ Βεβαίωση Ανεργίας σε ισχύ, εφόσον πρόκειται για άνεργο ή αντίγραφα πρόσφατης μισθοδοσίας σε περίπτωση εργασίας (αιτούντα ή προστατευόμενου).
- ☐ Γνωμάτευση της αρμόδιας Υγειονομικής Επιτροπής περί ποσοστού αναπηρίας (67% και άνω) εφόσον πρόκειται για Άτομα με Αναπηρία (Απόφαση ΚΕΠΑ), (αιτούντα ή προστατευόμενου).
- ☐ Ηλεκτρονικό μισθωτήριο συμβόλαιο, στην περίπτωση που ενοικιάζεται κατοικία ή Ε2 σε περίπτωση παραχώρησης κατοικίας.
- ☐ Διαζευκτήριο ή Υπεύθυνη Δήλωση Διάστασης.

- Οι ενδιαφερόμενοι οφείλουν να προσκομίσουν όλα τα υποχρεωτικά δικαιολογητικά καθώς και τα δικαιολογητικά κατά περίπτωση που τους αφορούν, σε απλά φωτοαντίγραφα και είναι υπεύθυνοι για την πλήρη υποβολή της αίτησης τους.
- Επιπρόσθετα, εάν διαπιστωθούν ψευδή στοιχεία, ο ενδιαφερόμενος θα αποβάλλεται δια παντός από το ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ – ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΕΝΔΥΜΑ.
Οι Δικαιούχοι του Κοινωνικού Φαρμακείου θα πρέπει να προσκομίζουν την εν ισχύ συνταγή φαρμάκων (χειρόγραφη ή ηλεκτρονική)
- **Κατάθεση Αιτήσεων: από Δευτέρα 12/10/2026 έως και 13/11/2026, 9.00-14.00 καθημερινά στις Κοινωνικές Υπηρεσίες του Δήμου Νέας Φιλαδέλφειας – Νέας Χαλκηδόνας.**
- Αιτήσεις που δεν συνοδεύονται από όλα τα απαραίτητα δικαιολογητικά ή είναι ελλιπείς δε θα παραλαμβάνονται έως ότου ολοκληρωθούν.
- Μετά τη λήξη της προθεσμίας οι αιτήσεις που θα κατατίθενται θα επεξεργάζονται σε επόμενο χρονικό διάστημα που θα έχει οριστεί από την υπηρεσία, με σχετική ανακοίνωση.

Τηλέφωνα για πληροφορίες:

Δομή Κοινωνικού Παντοπωλείου –Σίτισης: 210- 2523388, 210-2519073

Τμήμα Κοινωνικής Προστασίας : 210-2532047 εσωτ. 001, 307,309

Τμήμα Υποστ. και Κοινωνικής Φροντίδας Τρίτης Ηλικίας-ΑΜΕΑ: 210-2532047 εσωτ.310