

ΔΗΜΑΡΧΕΙΟ ΚΕΡΥΝΕΙΑΣ

Επιτροπή Κοινωνικής Ευημερίας Δήμου Κερύνειας

Αίτηση για οικονομική βοήθεια πολιτών του Δήμου & Επαρχίας Κερύνειας

(Να συμπληρωθεί από τον αιτητή με την βοήθεια Δημοτικού Συμβούλου ή από εξουσιοδοτημένο άτομο του Δήμου)

Ημερομηνία : _____

A. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Όνοματεπώνυμο : _____ Αρ.Ταυτ. : _____

Ημερ. Γέννησης : _____ Καταγωγή: _____ Τηλ. Οικίας: _____ Κινητό: _____

Άνεργος : _____ Λήπτης ΕΕΕ/σύνταξης [εάν όχι να δικαιολογηθεί]: _____

Διεύθυνση : _____

B. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ – Αριθμός επιπρόσθετων μελών στην οικογένεια (σύζυγος και παιδιά): _____

Γ. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΣΟΔΩΝ - Συνολικό Μηνιαίο Ποσό για όλα τα μέλη της οικογένειας που εργάζονται: € _____

Δ. ΑΛΛΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ (ειδικό αίτημα, ειδικά προβλήματα π.χ. ασθένειες κ.λπ)

Δηλώνω ότι τα πιο πάνω είναι σωστά και αληθή και μπορούν να ερευνηθούν από το Δήμο Κερύνειας.
Υπογραφή Αιτητή : _____

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΟΦΑΣΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΕΥΗΜΕΡΙΑΣ ΔΗΜΟΥ ΚΕΡΥΝΕΙΑΣ

Υπογραφή Προέδρου Επιτροπής Κοινωνικής Ευημερίας Δήμου Κερύνειας : _____

Όνομα : _____ Ημερομηνία : _____