

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΡΑΔΙΟΜΑΡΑΘΩΝΙΟΣ**Αίτηση για υποστήριξη παιδιού/ών με Ειδικές Ανάγκες**

Είμαι ενήμερος/η ότι οι δηλώσεις που ακολουθούν υπόκεινται σε έλεγχο και ότι αν δεν είναι ορθές η αίτηση θα απορριφθεί.

1. Όνομα και Επίθετο των γονέων ή άλλου προσώπου που έχει αναλάβει την κηδεμονία του παιδιού (Δηλώστε τί).

(α) Πατέρας: Αρ.Ταυτ./Α.Ρ.Ο. Ηλικία

Επάγγελμα: (στην περίπτωση υπαλλήλου δηλώστε και τον εργοδότη)

.....Τηλ. Εργασίας.....

(β) Μητέρα: Αρ.Ταυτ./Α.Ρ.Ο. Ηλικία

Άγαμη/έγγαμη/χήρα/διαζευγμένη/σε διάσταση

Επάγγελμα: (στην περίπτωση υπαλλήλου δηλώστε και τον εργοδότη).....

.....Τηλ. Εργασίας.....

(γ) Διεύθυνση Διαμονής:

Ταχ. Κωδικός.....Επαρχία..... Τηλ.Οικίας:Τηλ. Κινητό:

2. Στοιχεία για το παιδί ή τα παιδιά με ειδικές ανάγκες που χρήζουν βοήθειας.

	Όνομα	Ημερ. Γεννήσεως	Τόπος φοίτησης Απασχόληση	Πρόβλημα	Αρ. Ταυτότητας
1.
2.
3.

3. Δηλώστε τα υπόλοιπα ανήλικα ή και εξαρτώμενα μέλη της οικογένειας (αδελφοί – αδελφές)

	Σχέση/Συγγένεια	Όνομα	Ηλικία	Τόπος φοίτησης Απασχόληση	Αρ. Ταυτότητας
1.
2.
3.
4.
5.
6.

4. Ειδικές Ανάγκες και προβλεπόμενη δαπάνη για την οποία υποβάλλεται η αίτηση.

.....

.....

.....

5. Έχετε αποταθεί ξανά για βοήθημα στο Ραδιομαραθώνιο; ΝΑΙ ΟΧΙ

6. Εισοδήματα μηνιαίως:

1. Από εργασία Πατέρα (δηλώστε μηνιαίο εισόδημα & επισυνάψτε πιστ. αποδοχών από Κοινωνικές Ασφ.)
2. Από εργασία Μητέρας (δηλώστε μηνιαίο εισόδημα & επισυνάψτε πιστ. αποδοχών από Κοινωνικές Ασφ.)
3. Σύνταξη αναπηρίας γονέων ή γήρατος από Κοινωνικές Ασφαλίσεις.....
4. Από ενοίκια.....
5. Δημόσιο Βοήθημα ή Ελάχιστο Εγγυημένο Εισόδημα παιδιού ή παιδιών.....
6. Επίδομα βαριάς κινητικής αναπηρίας και/ή επίδομα φροντίδας παιδιού ή παιδιών
7. Δημόσιο Βοήθημα ή Ελάχιστο Εγγυημένο Εισόδημα για την οικογένεια
8. Επίδομα τέκνου.....
9. Άλλα (π.χ. επίδομα μονογονιού ή διατροφή ή συντάξεις ή βοηθήματα από Συνδέσμους)

7. Αποταμιεύσεις (αν υπάρχουν) Περιγράψτε:

.....

8. Ακίνητη Περιουσία (π.χ. σπίτι, χωράφια, κ.λ.π), Περιγράψτε αν υπάρχει:

.....

9. Οικονομικές υποχρεώσεις:

Ενοίκιο.....

Έξοδα παιδιών με ειδικές ανάγκες.....

Σύνολο χρεών.....

Δόσεις σε χρέη.....

Άλλα – (καθορίστε τι) (1).....

(2).....

10. Δηλώστε τα πιστοποιητικά (Ιατρών, θεραπευτών ή τιμολόγια κ.λ.π) τα οποία υποβάλλονται με την αίτηση.

.....

11. Καλύπτεται ο σύζυγος ή η σύζυγος από οποιαδήποτε Ασφάλεια Υγείας από τον εργοδότη, ή την Συντεχνία, ή Ιδιωτική Ασφαλιστική Εταιρεία κ.α. εκτός φυσικά του Κυβερνητικού Σχεδίου; Αν ΝΑΙ αναφέρετε.

.....

12. Δηλώνω ότι τα πιο πάνω είναι αληθή.

Υπογραφή.....

Ημερομηνία.....

ΣΗΜ. Αν το έντυπο δεν συμπληρωθεί πλήρως το Ίδρυμα δεν θα μπορέσει να το εξετάσει.