



## ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΑΝΤΟΠΩΛΕΙΟ ΔΗΜΟΥ ΛΕΜΕΣΟΥ

### ΠΡΟΣΦΕΡΩ ΣΤΟ ΣΥΝΑΝΘΡΩΠΟ ΜΟΥ ..... ΠΡΟΣΦΕΡΩ ΣΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΑΝΤΟΠΩΛΕΙΟ ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ ΛΕΜΕΣΟΥ

Το Κοινωνικό Παντοπωλείο του Δήμου Λεμεσού λειτούργησε τον Δεκέμβριο του 2011.

Στεγάζεται στον Πολυχώρο Λειτουργίας Κοινωνικών Προγραμμάτων του Δήμου Λεμεσού, στην οδό Φιλελλήνων, στην συνοικία Αγίου Ιωάννη.

Βοηθά πέραν των 200 οικογενειών οι οποίες εγκρίνονται κατόπιν αίτησης και εφόσον πληρούν τα κριτήρια που έχει καθορίσει το Δημοτικό Συμβούλιο Λεμεσού με απόφαση του.

Το Κοινωνικό Παντοπωλείο του Δήμου Λεμεσού λειτουργεί βασιζόμενο αποκλειστικά στον εθελοντισμό.

Παρακαλούμε να συμβάλετε σε αυτή την προσπάθεια αγοράζοντας μαζί με τα ψώνια σας και προϊόντα για το Κοινωνικό Παντοπωλείο του Δήμου Λεμεσού.

#### Είδη που μπορείτε να προσφέρετε:

- Κονσέρβες ψαρικών και κρεάτων
- Γάλατα διαρκείας και εβαπορέ
- Σάλτσες ντομάτας
- Λάδια (συσκευασίες του ενός λίτρου)
- Όσπρια
- Ζυμαρικά
- Παιδικές τροφές
- Παιδικές πάνες
- Πάνες για ενήλικες
- Ρολά υγείας
- Σερβιέτες
- Υγρά γενικού καθαρισμού
- Σκόνες πλυσίματος ρούχων
- Σαπούνια
- Σαμπουάν

Σας ευχαριστούμε για τη βοήθεια σας!!!!



## ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

### Σκοπός:

Η υποστήριξη ατόμων και οικογενειών που βρίσκονται σε έκτακτη ανάγκη ή δεν έχουν επαρκείς οικονομικούς πόρους για να εξασφαλίσουν τα προς το ζην.

### Δικαιούχοι:

Άτομα και οικογένειες οι οποίες δεν διαθέτουν τους απαραίτητους οικονομικούς πόρους ή δεν έχουν καθόλου εισοδήματα είτε λόγω ανεργίας είτε γιατί βρίσκονται σε αναμονή όσον αφορά την εξέταση σχετικών αιτήσεων για βοηθήματα/ συντάξεις.

### Παραλαβή και Παράδοση Αιτήσεων:

Αιτήσεις θα βρείτε στο οίκημα του Κοινωνικού Παντοπωλείου, το οποίο στεγάζεται στον πρώην Παιδικό Σταθμό του Δήμου Λεμεσού, στην οδό Φιλελλήνων (έναντι Σίνε Βόλος-Carrefour) στον Άγιο Ιωάννη, κάθε **Τρίτη και Πέμπτη 11:00π.μ. - 12:00π.μ. μόνο**. Παρακαλώ τηρείτε τα ωράρια, είναι αδύνατη η εξυπηρέτηση σε διαφορετικές ώρες και μέρες.

### Τι να προσκομίσετε μαζί με την αίτηση:

- Ταυτότητα/ Διαβατήριο δικαιούχου
- Μηνιαία Κατάσταση Απολαβών από εργασία όλων των μελών της οικογένειας που μένουν μαζί
- Κάρτα Ανεργίας/Έντυπο το οποίο υπογράφεται κάθε μήνα, από όλα τα μέλη της οικογένειας που διαμένουν μαζί
- Πιστοποιητικά/ Αποκόμματα επιδομάτων/βεβαιώσεις τραπεζών ή υπηρεσιών, όπου θα αναγράφονται τα ακριβή ποσά από βοηθήματα/επιδόματα/συντάξεις/ταμείο πολυτέκνων και άλλα εισοδήματα ή βοηθήματα. Αφορά όλα τα μέλη της οικογένειας που διαμένουν μαζί  
Ενοικιαστήριο συμβόλαιο/ βεβαίωση οικιστικού δανείου όπου ισχύει
- Σε περίπτωση όπου υπάρχουν προβλήματα υγείας σε οποιοδήποτε μέλος της οικογένειας, για το οποίο καταβάλλονται ή έχουν καταβληθεί μεγάλα οικονομικά ποσά/δάνεια και τα οποία δεν καλύπτονται από άλλες δημόσιες υπηρεσίες/οργανισμούς, να επισυναφθούν οι σχετικές βεβαιώσεις
- Αποδείξεις/βεβαιώσεις για μηνιαία έξοδα που αφορούν παιδοκομικούς σταθμούς/φροντιστήρια παιδιών/θεραπείες
- Αν σε καμιά από τις προαναφερόμενες βεβαιώσεις δεν αναγράφεται η μόνιμη διεύθυνση κατοικίας, επισυνάψτε ένα λογαριασμό τηλεφώνου/ ηλεκτρικής.

### Εξέταση Αιτήσεων:

Η αίτησή σας θα εξεταστεί από την Ειδική Επιτροπή του Δήμου Λεμεσού το αργότερο σε ένα μήνα και σε περίπτωση που εγκριθεί θα ενημερωθείτε τηλεφωνικώς στην αμέσως επόμενη παράδοση τροφίμων.

**Τι ακριβώς παρέχει το Κοινωνικό Παντοπωλείο:**

Ανάλογα με τον αριθμό μελών της οικογένειας, τις ειδικές ανάγκες αλλά κυρίως και τα διαθέσιμα προϊόντα παρέχονται είδη πρώτης ανάγκης τα οποία είναι συντηρήσιμα όπως: ζυμαρικά, όσπρια, κονσέρβες, απορρυπαντικά κλπ.

**Πως εφοδιάζεται το Κοινωνικό Παντοπωλείο με είδη πρώτης ανάγκης:**

Το κοινωνικό παντοπωλείο λειτουργεί και στηρίζεται στην **εθελοντική προσφορά**. Τα προϊόντα προσφέρονται κατά κύρια βάση από εταιρείες παραγωγής/εισαγωγής προϊόντων πρώτης ανάγκης, αλλά και από ευαισθητοποιημένους δημότες και συλλογικούς εράνους από σχολεία, πανεπιστήμια και εταιρείες. Η προετοιμασία των πακέτων παράδοσης των δικαιούχων γίνεται από εθελοντές.

**Πόσο συχνά θα λαμβάνουν οι δικαιούχοι πακέτα με είδη πρώτης ανάγκης:**

Η συχνότητα δεν μπορεί να είναι σταθερή λόγω του ότι τα διαθέσιμα προϊόντα μπορεί να μην είναι αρκετά για να καλύψουν όλες τις ανάγκες. Προσδοκία της Επιτροπής είναι να προσφέρει προϊόντα σε τακτά χρονικά διαστήματα. Επίσης σε περίπτωση που τα διαθέσιμα προϊόντα δεν είναι αρκετά, θα δοθεί προτεραιότητα σε άτομα που δεν έχουν καθόλου εισοδήματα ή βρίσκονται σε εξαιρετικά έκτακτη ανάγκη.

**Για πόσο καιρό μπορεί κάποιος να είναι δικαιούχος:**

Όταν εγκρίνονται οι αιτήσεις καθορίζεται μια ημερομηνία επανεξέτασης ανάλογα με την περίπτωση. Έτσι σε περιπτώσεις όπου οι αιτητές αναμένουν απάντηση από Δημόσιες Υπηρεσίες για παροχή βοήθηματος/ σύνταξης, η επανεξέταση θα γίνεται κάθε μήνα, ενώ σε περιπτώσεις ανέργων η επανεξέταση θα γίνεται ανα δύο μήνες κοκ. Σε άτομα και οικογένειες όπου τα εισοδήματά τους δεν είναι δυνατόν να βελτιωθούν, η επανεξέταση θα γίνεται κάθε έξι μήνες, χρονικό διάστημα το οποίο είναι και το μεγαλύτερο.

**Ποιές είναι οι υποχρεώσεις των δικαιούχων:**

Α) να ενημερώνουν το λειτουργό του Κοινωνικού Παντοπωλείου για οποιοδήποτε αλλαγές όσον αφορά τα οικονομικά, αλλαγή διεύθυνσης, αλλαγή αριθμού τηλεφώνου και τη σύσταση της οικογένειας

Β) να ενημερώνουν το λειτουργό του Κοινωνικού Παντοπωλείου για οποιοδήποτε απαντήσεις έχουν από υπηρεσίες στις οποίες είχαν αιτηθεί για βοήθημα/ σύνταξη, αλλά και για τυχόν εύρεση εργασίας οποιουδήποτε μέλους της οικογένειας το οποίο διαμένει μαζί τους

Γ) να ελέγχουν τις ημερομηνίες λήξης των προϊόντων. Μερικά προϊόντα μπορεί να λήγουν σε ένα μήνα από την ημερομηνία παράδοσης, αν δεν καταναλωθούν άμεσα ίσως περάσει η ημερομηνία λήξης

Δ) να παρακολουθεί τις κλήσεις στο τηλέφωνό του καθώς και τα γραπτά μηνύματα στα οποία μπορεί να υπάρχει κάποια ενημέρωση για τους δικαιούχους.

**Για πληροφορίες:**

**Τηλ: 99-947673 κάθε Τρίτη και Πέμπτη 10π.μ. – 11π.μ. μόνο**

## ΑΙΤΗΣΗ

### Στοιχεία Αιτητή / Αιτήτριας:

Όνοματεπώνυμο: \_\_\_\_\_ Α.Δ.Τ.: \_\_\_\_\_

Ημερομηνία Γεννήσεως: \_\_\_\_\_ Τηλέφωνα: \_\_\_\_\_

Διεύθυνση: \_\_\_\_\_ Τ.Κ. \_\_\_\_\_

Περιοχή: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Επάγγελμα: \_\_\_\_\_

### Οικογενειακή κατάσταση:

Εγγαμος/η, Άγαμος/η, Διαζευγμένος/η, Χήρος/α, Άλλο \_\_\_\_\_

### Όνόματα και ηλικίες παιδιών:

- 1) \_\_\_\_\_ μένει μαζί σας; Ναι / Όχι
- 2) \_\_\_\_\_ μένει μαζί σας; Ναι / Όχι
- 3) \_\_\_\_\_ μένει μαζί σας; Ναι / Όχι
- 4) \_\_\_\_\_ μένει μαζί σας; Ναι / Όχι
- 5) \_\_\_\_\_ μένει μαζί σας; Ναι / Όχι

### Στοιχεία συζύγου:

Όνοματεπώνυμο: \_\_\_\_\_ Α.Δ.Τ.: \_\_\_\_\_

Ημερομηνία Γεννήσεως: \_\_\_\_\_ Τηλέφωνα: \_\_\_\_\_

Διεύθυνση: \_\_\_\_\_ Τ.Κ. \_\_\_\_\_

Περιοχή: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Επάγγελμα: \_\_\_\_\_

**Οικονομική Κατάσταση (σημειώστε τα μηνιαία ποσά όπου ισχύουν ή αν εξετάζεται το αίτημα και επισυνάψτε τα σχετικά αποδεικτικά):**

<b>Εισοδήματα από:</b>	<b>Ποσό:</b>	<b>Εξοδα για:</b>	<b>Ποσό:</b>
Εργασία αιτητή (καθαρά)		Ενοίκιο	
Εργασία συζύγου (καθαρά)		Δόση οικιστικού δανείου	
Εργασία/βοηθήματα/επιδόματα παιδιών που διαμένουν μαζί σας (συνολικά για όλα τα παιδιά)		Δόση άλλου δανείου (να σημειωθεί και ο σκοπός του δανείου)	
Δημόσιο Βοήθημα/ Γραφείο Ενημερίας		Παιδικός Σταθμός	
Σύνταξη / Σύνταξη Ανικανότητα/ Συμπλήρωμα συντάξεων		Ειδική Φαρμακευτική Αγωγή που δεν προσφέρεται στο Δημόσιο Νοσοκομείο (απαραίτητη σχετική βεβαίωση)	
Επιδόματα (Πολυτέκνων/ Τέκνων/ Άλλο)		Θεραπείες που δεν προσφέρονται στο Δημόσιο Νοσοκομείο	
Επιδόματα από το Τμήμα Κοινωνικής Ενσωμάτωσης Ατόμων με Αναπηρία (συνολικά τα ποσά)		Ειδική Διατροφή (πχ παιδική αλλεργία στη λακτόζη)	
Διατροφή συζύγου		Φροντίδα	
Ενοίκια από ιδιόκτητα οικήματα		Άλλες ειδικές ανάγκες	
Αποταμιεύσεις		Εκπαίδευση	
Άλλο:		Άλλο:	

## Υπεύθυνη Δήλωση

Εγώ ο/η \_\_\_\_\_ με αριθμό ταυτότητας \_\_\_\_\_ δηλώνω υπεύθυνα ότι όλα τα πιο πάνω στοιχεία είναι αληθή και επισυνάπτω όλα τα σχετικά στοιχεία και βεβαιώσεις.

Γνωρίζω πως τα προσωπικά μου στοιχεία θα διατεθούν αποκλειστικά για σκοπούς εξέτασης της αίτησής μου και πως θα είναι σε γνώση του λειτουργού του Κοινωνικού Παντοπωλείου, του Δημοτικού Γραμματέα, του Δημάρχου και των Μελών του Δημοτικού Συμβουλίου Λεμεσού.

Σε περίπτωση αλλαγής της οικονομικής μου κατάστασης, της διεύθυνσης διαμονής ή/και του αριθμού του τηλεφώνου μου θα ενημερώσω το λειτουργό του Κοινωνικού Παντοπωλείου. Έχω διαβάσει και έχω κατανοήσει τις Γενικές Πληροφορίες (Έντυπο 1) και έχω πάρει αντίγραφο.

Εξουσιοδοτώ τον λειτουργό του Κοινωνικού Παντοπωλείου του Δήμου Λεμεσού, όπως εξασφαλίσει και διερευνήσει από τις Υπηρεσίες Κοινωνικής Ευημερίας του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και/ή από οποιαδήποτε άλλη Κυβερνητική Υπηρεσία και/ή οποιαδήποτε Αρχή και/ή οποιοδήποτε Φορέα, οποιαδήποτε στοιχεία και/ή πληροφορίες σχετίζονται με την οικονομική μου κατάσταση και είναι αναγκαία προκειμένου να εξεταστεί η αίτησή μου για να καταστώ δικαιούχος του Κοινωνικού Παντοπωλείου του Δήμου Λεμεσού.

\_\_\_\_\_  
Υπογραφή

\_\_\_\_\_  
Ημερομηνία