

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΝΤΑΣ ΤΗΝ ΥΠΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ, ΥΛΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΩΝ ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΩΝ – ΒΡΕΦΙΚΑ ΠΑΚΕΤΑ (BABY KITS)»

Ο Φιλανθρωπικός Οργανισμός της Ιεράς Αρχιεπισκοπής Αθηνών ΑΠΟΣΤΟΛΗ, στα πλαίσια του κοινωνικού έργου που επιτελεί, σε συνεργασία με την Ιερά Μητρόπολη Διδυμοτείχου, Ορεστιάδος και Σουφλίου και με χρηματοδότηση της Τράπεζας EUROBANK, για την παροχή Υλικής Υποστήριξης – Βρεφικών Πακέτων σε οικογένειες με σκοπό τη υποστήριξη των νεογέννητων, **προβαίνει στη συλλογή αιτήσεων.**

Το Πρόγραμμα αφορά αποκλειστικά σε εγκυμονούσες γυναίκες.

Οι ενδιαφερόμενες που επιθυμούν να συμμετέχουν στο πρόγραμμα και πληρούν τα παρακάτω κριτήρια, μπορούν να υποβάλουν αίτηση στην Ενορία, το αργότερο **έως την 1^η Μαρτίου 2026.**

Για την επιλογή των επωφελούμενων του προγράμματος συνεκτιμώνται, μέσω μοριοδότησης, οι ακόλουθοι παράγοντες:

1. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΥΠΟΨΗΦΙΩΝ ΕΓΚΥΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ:

Εισοδηματικά κριτήρια: Οικογενειακό εισόδημα για ένα άτομο από 0 έως 24.000 € συν 1.500 ΕΥΡΩ για κάθε επιπλέον μέλος της οικογένειας, δηλαδή 2 / 25.500€, 3 / 27.000€, 4 / 28.500€, 5 / 30.000€, 6 / 31.500€.

Εφ' όσον πληρούνται τα ανωτέρω κριτήρια, η υποστήριξη θα δοθεί κατά προτεραιότητα σε:

- A) Οικογένειες με περισσότερα ανήλικα τέκνα.
- B) Οικογένειες με ανάπηρα μέλη (πιστοποιημένη βαριά αναπηρία 80% και άνω).
- Γ) Μονογονεϊκές οικογένειες με ανήλικα τέκνα (εφόσον υπάρχει επίσημη επιμέλεια των τέκνων).
- Δ) Οικογένειες με δύο άνεργους γονείς και ανήλικα τέκνα.

2. Υποχρεωτικά δικαιολογητικά που πρέπει να προσκομίσουν οι ενδιαφερόμενες:

- A. Αίτηση συμπληρωμένη και υπογεγραμμένη (η αίτηση χορηγείται από την Ενορία)
- B. Αντίγραφο Αστυνομικής Ταυτότητας ή Διαβατηρίου της αιτούσας
- Γ. Εκκαθαριστικό Φορολογικού Έτους 2024 της αιτούσας και του συζύγου (σε περίπτωση ξεχωριστής φορολογικής δήλωσης)
- Δ. Πρόσφατο Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης
- Ε. Ιατρική γνωμάτευση γυναικολόγου περί κατάστασης εγκυμοσύνης και μόνο όταν υπάρχει η αντίστοιχη συναίνεση για τα προσωπικά δεδομένα. Σε περίπτωση διδυμης κύησης να γίνεται ειδική αναφορά.
- ΣΤ. Πιστοποίηση διεύθυνσης κατοικίας με αντίγραφο λογαριασμού ρεύματος ή ύδρευσης ή κινητής/σταθερής τηλεφωνίας στο όνομα της αιτούσας/συζύγου ή συμβόλαιο ενοικίασης κατοικίας σε ισχύ μαζί με λογαριασμό στο όνομα του ιδιοκτήτη. ή δήλωση στην ΑΑΔΕ με τα στοιχεία μίσθωσης της κατοικίας.
- Ζ. Πρόσφατη ΒΕΒΑΙΩΣΗ Ανεργίας από ΟΑΕΔ της αιτούσας και του συζύγου (εάν υπάρχει ανεργία)
- Η. Πιστοποιητικό Αναπηρίας σε ισχύ από αρμόδια επιτροπή ΚΕ.Π.Α για σύζυγο και ανήλικο τέκνο (μόνο για αναπηρία 80% και άνω, εφόσον υπάρχει και η αντίστοιχη συναίνεση για τα προσωπικά δεδομένα).
- Θ. Το ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ για το πιστοποιητικό αναπηρίας υπογράφεται από: Α) την ΑΙΤΟΥΣΑ για το δικό της πιστοποιητικό αναπηρίας Β) του συζύγου για το δικό του πιστοποιητικό αναπηρίας. Ειδικά για τα ανήλικα τέκνα το ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ υπογράφεται από τους δύο γονείς ή τον κηδεμόνα.
- Ι. Το ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ για την ιατρική γνωμάτευση γυναικολόγου υπογράφεται από την ΑΙΤΟΥΣΑ. Σημειώνεται ότι χωρίς την ιατρική γνωμάτευση δεν δύναται να αξιολογηθεί η αίτηση για την συμμετοχή στο Πρόγραμμα

Το έντυπο ενημέρωσης για επεξεργασία προσωπικών δεδομένων βρίσκεται αναρτημένο σε εμφανή χώρο στην ιστοσελίδα www.mkoapostoli.com. Η αιτούσα εφόσον δίνει στοιχεία τρίτων προσώπων (συζύγου, τέκνων, φιλοξενούμενων κλπ) οφείλει να τους παραπέμψει στην ενημέρωση που είναι ανηρτημένη στην ίδια ιστοσελίδα.

Περισσότερες λεπτομέρειες σχετικά με τα δικαιολογητικά θα βρείτε στην αίτηση που χορηγείται από την Ενορία σας.

Οι αιτήσεις και τα δικαιολογητικά θα υποβάλλονται μόνο στην Ενορία που ανήκει η ενδιαφερόμενη.

Δεν θα παραλαμβάνονται αιτήσεις χωρίς όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά.