### Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

### (άρθρο 8 Ν.1599/1986 και άρθρο 3 παρ. 3 Ν.2690/1999)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών

(άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

**Περιγραφή αιτήματος:** «ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ ΒΑΡΙΑΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ (>67%)» 

«ΣΥΝΕΧΙΣΗ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ ΒΑΡΙΑΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ (>67%)» 

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Προς(1):** | ΔΗΜΟΣ ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ  ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ | **ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ** | **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ** |
| ***Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία*** | |

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ο – Η Όνομα: |  | Επώνυμο: |  |
| Όνομα Πατέρα: |  | Επώνυμο Πατέρα: |  |
| Όνομα Μητέρας: |  | Επώνυμο Μητέρας: |  |
| Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας: |  | Α.Φ.Μ: |  |
| Ημερομηνία γέννησης(2): |  | Τόπος Γέννησης: |  |
| Τόπος Κατοικίας, Τ.Κ.: |  | Οδός, Αριθμός: |  |
| Τηλέφωνο επικοινωνίας: |  | Α.Μ.Κ.Α.: |  |

**ΟΡΙΣΜΟΣ - ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΕΙΣΠΡΑΞΗΣ(3)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ο – Η Όνομα: |  | Επώνυμο: |  |
| Όνομα Πατέρα: |  | Επώνυμο Πατέρα: |  |
| Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας: |  | Α.Φ.Μ: |  |
| Τόπος Κατοικίας, Τ.Κ.: |  | Οδός, Αριθμός: |  |
| Τηλέφωνο επικοινωνίας |  | Α.Μ.Κ.Α.: |  |

|  |
| --- |
| Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (4), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι: |
| 1. Είμαι …………………(άμεσα ή έμμεσα) ασφαλισμένος του………..…………(αναφέρετε τον ασφαλιστικό φορέα) |
| 1. Το επίδομα θα χρησιμοποιηθεί μόνο για τις ανάγκες του συγκεκριμένου ατόμου |
| 1. Δεν εισπράττω άμεσα ή έμμεσα σύνταξη ή επίδομα για την ίδια πάθηση ή άλλη αναπηρία |
| 1. Σε περίπτωση που μου ζητηθεί από την υπηρεσία, θα προσκομίσω καινούργια ή επιπρόσθετα δικαιολογητικά |
| 1. Θα ενημερώσω την υπηρεσία για οποιαδήποτε μεταβολή στα στοιχεία που έχω δηλώσει |

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη.

(4) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών».

**ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ - ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

Αρχή φόρμας

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:** | **ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ** | **ΣΥΝΕΧΙΣΗ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ** | **ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(5)** |
| **1.** Αίτηση-Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 (χορηγείται) |  |  |  |
| **2.** Μία (1) Φωτογραφία |  |  |  |
| **3.** Φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας του επιδοτούμενου και του υπευθύνου εισπράξεως του επιδόματος σε περίπτωση που ορίζεται άλλο πρόσωπο |  |  |  |
| **4.** Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης |  |  |  |
| **5.** Λογαριασμό ΔΕΗ ή ΟΤΕ ή Πιστοποιητικό μόνιμης κατοικίας |  |  |  |
| **6.** Εκκαθαριστικό σημείωμα εφορίας ή Υπεύθυνη Δήλωση επικυρωμένη από αρμόδια Δ.Ο.Υ υποχρεωτικά για τους ενήλικες επιδοτούμενους. Σε περίπτωση που ο δικαιούχος είναι ανήλικος να προσκομισθεί βεβαίωση απόδοσης Α.Φ.Μ. |  |  |  |
| **7.** Βεβαίωση ΑΜΚΑ του δικαιούχου και του υπευθύνου είσπραξης |  |  |  |
| **8.** Φωτοτυπία βιβλιαρίου λογαριασμού πιστωτικού ιδρύματος ή των ΕΛΤΑ, όπου να αναφέρεται ο αριθμός ΙΒΑΝ, με την προϋπόθεση το πρώτο όνομα του λογαριασμού να είναι του δικαιούχου |  |  |  |
| **9.** Σε περίπτωση ανηλίκου δικαιούχου: Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86, του δεύτερου γονέα, ότι συναινεί στην είσπραξη του επιδόματος από τον γονέα που υποβάλλει αίτηση (χορηγείται) |  |  |  |
| **10.** Φωτοτυπία του βιβλιαρίου ασθενείας θεωρημένο |  |  |  |
| **11.** Γνωμάτευση του Κέντρου Πιστοποίησης της Αναπηρίας (Κ.Ε.Π.Α.) για όλες τις περιπτώσεις των δικαιούχων |  |  |  |
| **12.** Για έμμεσα ενήλικους ασφαλισμένους και τους ανασφάλιστους: Βεβαίωση από το ΙΚΑ, από τον ΟΓΑ και από τον ΟΑΕΕ, ότι δεν έχει τις ασφαλιστικές και χρονικές προϋποθέσεις για να του χορηγηθεί σύνταξη από τους φορείς αυτούς, και ότι δεν δικαιούνται κάποια χρηματική παροχή για την αναπηρία |  |  |  |
| **13.** Για άμεσα ασφαλισμένους: Απορριπτική απόφαση συνταξιοδότησης ή βεβαίωση του οικείου ασφαλιστικού φορέα, ότι δεν έχει χρονικές προϋποθέσεις για συνταξιοδότηση |  |  |  |
| **14.** Για τους υπερήλικες συνταξιούχους του ΟΓΑ: οποιοδήποτε έγγραφο του ΟΓΑ που αποδεικνύει ότι η σύνταξη που λαμβάνουν είναι υπερηλίκων |  |  |  |
| **ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ:** Ανασφάλιστα ή έμμεσα ασφαλισμένα άτομα, τα οποία:   1. λόγω σοβαρής σωματικής, νοητικής, ή ψυχικής ασθένειας, ή αναπηρίας έχουν ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω. 2. λόγω χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας τελικού σταδίου με ποσοστό αναπηρίας 80% και άνω, ανεξαρτήτως του διατροφικού επιδόματος. 3. λόγω της πάθησης του διαβήτη τύπου 1, ινσουλινοεξαρτώμενα με ποσοστό αναπηρίας 50% και άνω. | | | |
| **ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:** Οι δικαιούχοι υποχρεούνται, τον πρώτο μήνα κάθε ημερολογιακού έτους, να προσέρχονται με την ταυτότητα τους ή άλλο σχετικό έγγραφο στην υπηρεσία. Σε περίπτωση αδυναμίας μετακίνησης ή άλλου κωλύματος θα προσέρχεται ο εξουσιοδοτημένος αντιπρόσωπος του δικαιούχου. | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| (5) Εξουσιοδοτώ την Υπηρεσία να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου. | **Καστοριά**  …/……/…… |

**Ο/Η Εξουσιοδοτούμενος/νη Ο/Η Αιτών/ούσα**

**Θεωρήθηκε**

το γνήσιο των υπογραφών των παραπάνω (σε περίπτωση εξουσιοδότησης)