### 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 ΤΕΤΡΑΠΛΗΓΙΑΣ-ΠΑΡΑΠΛΗΓΙΑΣ (ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ)» 

«ΣΥΝΕΧΙΣΗ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ ΤΕΤΡΑΠΛΗΓΙΑΣ-ΠΑΡΑΠΛΗΓΙΑΣ (ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ)» 

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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. Δεν είμαι ασφαλισμένος στο Δημόσιο ή σε οποιοδήποτε άλλο ασφαλιστικό φορέα της ημεδαπής ή της αλλοδαπής |
| 1. Δεν περιθάλπομαι σε κάποιο κλειστό ίδρυμα προνοιακού χαρακτήρα |
| 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.** Σε περίπτωση όπου αντί του άμεσα ενδιαφερομένου ενεργεί νόμιμος αντιπρόσωπος (για κατάθεση δικαιολογητικών, για είσπραξη επιδόματος κ.α.) θα κατατίθεται πληρεξούσιο θεωρημένο από την οικεία Αστυνομική Αρχή ή με συμβολαιογραφική – δικηγορική πράξη |  |  |  |
| **5.** Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης |  |  |  |
| **6.** Λογαριασμό ΔΕΗ ή ΟΤΕ ή Πιστοποιητικό μόνιμης κατοικίας |  |  |  |
| **7.** 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. |  |  |  |
| **8.** Βεβαίωση ΑΜΚΑ του δικαιούχου και του υπευθύνου είσπραξης |  |  |  |
| **9.** 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 |  |  |  |
| **10.** 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) |  |  |  |
| **11.** Φωτοτυπία του βιβλιαρίου ασθενείας θεωρημένο |  |  |  |
| **12.** Γνωμάτευση του Κέντρου Πιστοποίησης της Αναπηρίας (Κ.Ε.Π.Α.) για όλες τις περιπτώσεις των δικαιούχων |  |  |  |
| **ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ:**   1. Τετραπληγικοί – Παραπληγικοί εφόσον έχουν ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω 2. Άτομα που πάσχουν από ασθένειες που έχουν επιφέρει αναπηρία του ίδιου βαθμού – 67% και άνω- λόγω μη αναστρέψιμης βλάβης του νωτιαίου μυελού ή των ριζών των νεύρων ή των μυών 3. Ανασφάλιστοι τετραπληγικοί – παραπληγικοί (ανεξαρτήτως ανικανότητας εργασίας) και ανασφάλιστοι υπερήλικες του Ο.Γ.Α. 4. Οι δικαιούχοι που κρίθηκαν από τους ασφαλιστικούς φορείς μη δικαιούχοι της εξωϊδρυματικής οικονομικής ενίσχυσης γιατί δεν είχαν τις ασφαλιστικές προϋποθέσεις που προβλέπουν οι οικείες διατάξεις του ασφαλιστικού τους οργανισμού. | | | |
| **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)