

ΑΙΤΗΣΗ

ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ ΠΑΡΑΠΛΗΓΙΑΣ

ΠΡΟΣ

ΔΗΜΟ ΧΑΝΙΩΝ, Δ/ΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ, ΤΜΗΜΑ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ, ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΑΜΕΑ ΚΑΙ ΙΣΟΤΗΤΑΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ:
ΟΝΟΜΑ:.....
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ :.....
ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: ΟΔΟΣ: ΑΡΙΘΜΟΣ:.....
Τ. Κ.: ΤΗΛ: ΦΑΞ:
ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ :
ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ:

Υποβάλλω τα προβλεπόμενα δικαιολογητικά και παρακαλώ να με εντάξετε στο Πρόγραμμα οικονομικής ενίσχυσης παραπληγικών / τετραπληγικών και ακρωτηριασμένων ασφαλισμένων στο Δημόσιο /ανασφαλίστων τ.....

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ

ΕΠΩΝΥΜΟ:
ΟΝΟΜΑ:.....
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ :.....
ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: ΟΔΟΣ: ΑΡΙΘΜΟΣ:.....
Τ. Κ.: ΤΗΛ: ΦΑΞ:
ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ :
ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ:

-Εφόσον επιθυμείτε την αυτεπάγγελτη αναζήτηση, από την υπηρεσία, δικαιολογητικών με βάση τις διατάξεις του άρθρου 5 του Ν. 3242/2004, συμπληρώστε το ανάλογο τετράγωνο:

- Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης
Δήμος / Κοινότητα
- Εκκαθαριστικό εφορίας
ΑΦΜ Αρμόδια Δ.Ο.Υ.....
- Βεβαίωση ασφαλιστικού φορέα
Αριθ. Μητρώου ασφ/νου
ΙΚΑ , ΟΓΑ , ΝΑΤ (Πόλη - Ημερομηνία).....

Ο/Η ΑΙΤ.....

.....
(υπογραφή)

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ – ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ (ΒΛΕΠΕ ΠΙΣΩ ΣΕΛΙΔΑ)

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

- 1) Αίτηση του ενδιαφερομένου.
- 2) Πιστοποίηση Αναπηρίας του Κ.Ε.Π.Α
- 3) Φωτοαντίγραφο Αστυνομικής Ταυτότητας του προς ενίσχυση ατόμου και του νόμιμου αντιπροσώπου του, μαζί με τα πρωτότυπα δελτία.
- 4) Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης, από το Δήμο.
- 5) Φωτοαντίγραφα των πρώτων σελίδων του βιβλιαρίου ασθένειας, με πρόσφατη θεώρηση (και το πρωτότυπο).
- 6) Υπεύθυνη Δήλωση, στην οποία θα δηλώνονται τα ακόλουθα, ότι:
 - α) Θα χρησιμοποιηθεί η οικονομική ενίσχυση για τις ανάγκες του δικαιούχου.
 - β) Δεν λαμβάνει για την ίδια αιτία οικονομική ενίσχυση από οποιαδήποτε άλλη πηγή της ημεδαπής ή της αλλοδαπής.
 - γ) Δεν περιθάλπεται σε κλειστό Ίδρυμα Προνοιακού χαρακτήρα. Σε αντίθετη περίπτωση θα προσκομίζεται σχετική βεβαίωση.
 - δ) Για κάθε αλλαγή θα ενημερωθεί η Υπηρεσία (αλλαγή κατοικίας-εισαγωγή σε ίδρυμα-αλλαγή ασφαλιστής και μορφολογίας αποδοχών κλπ.).
 - ε) - **(ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΥΣ)** Δεν είναι ασφαλισμένος στο Δημόσιο ή σε οποιοδήποτε άλλο φορέα της ημεδαπής ή της αλλοδαπής.
- Δεν λαμβάνει για την ίδια αιτία οικονομική ενίσχυση από οποιαδήποτε άλλη πηγή της ημεδαπής ή της αλλοδαπής.
 - στ) Δηλώνω επίσης αναλαμβάνοντας την οποιαδήποτε ευθύνη ήθελε προκύψει έναντι της Υπηρεσίας σας ότι, σε περίπτωση που αποδειχθεί κάτι διαφορετικό, που δεν θα ισχύει κάποιο στοιχείο από τα ανωτέρω ή επέλθει κάποια μεταβολή που συνεπάγεται διακοπή του επιδόματος και δεν το γνωστοποιήσω στην Υπηρεσία, είμαι υποχρεωμένος/η να επιστρέψω όλο το αχρεωστήτως ληφθέν ποσό του επιδόματος που θα εισπραχθεί.
 - ζ) Αναλαμβάνω την υποχρέωση να προσκομίζω, τα απαραίτητα από το νόμο δικαιολογητικά στην υπηρεσία σας στα χρονικά διαστήματα που ορίζει ο νόμος για την συνέχιση του επιδόματος που λαμβάνω.
- 7) Οι ασφαλισμένοι του Δημοσίου θα προσκομίζουν:
 - α) Οι εν ενεργεία, βεβαίωση υπηρεσίας και μηνιαίων αποδοχών.
 - β) Οι συνταξιούχοι, ενημερωτικό σημείωμα συντάξεως Γενικού Λογιστηρίου, καθώς και όποιας άλλης σύνταξης τυχόν υπάρχει.
- 8) Οι ανασφάλιστοι θα προσκομίζουν:
 - α) Εκκαθαριστικό Εφορίας ή υπεύθυνη δήλωση θεωρημένη από την Εφορία -για όσους δεν υποβάλλουν φορολογική δήλωση.
 - β) Βεβαιώσεις από Ι.Κ.Α., Τ.Ε.Β.Ε., Ο.Γ.Α., Ν.Α.Τ. και Τ.Α.Ε., από τις οποίες να προκύπτει, αν ο ενδιαφερόμενος είναι ασφαλισμένος ή συνταξιούχος του φορέα, όπως και αν λαμβάνει ή δικαιούται να λάβει, επίδομα παραπληγίας, από το φορέα που τυχόν βρεθεί εγγεγραμμένος.
- 9) Βεβαίωση απόδοσης Αριθμού Φορολογικού Μητρώου (Α.Φ.Μ)(σε περίπτωση ανηλίκου)
- 10) Εάν ο δικαιούχος είναι ανήλικος:
 - α) **Υπεύθυνη δήλωση** του ενός γονέα ότι εξουσιοδοτεί τον άλλο γονέα να εισπράττει το επίδομα για λογαριασμό του παιδιού τους . β) **ταυτότητες και των δύο γονέων** (πρωτότυπο και φωτοτυπία)
- 11) Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης (ΑΜΚΑ).) του δικαιούχου και του υπευθύνου εισπραξής (αναλυτική εκτύπωση από ΚΕΠ).
- 12) Φωτοαντίγραφο της πρώτης σελίδας βιβλιαρίου λογαριασμού πληρωμών ή αντίστοιχης κάρτας του λογαριασμού ή απλού φωτοαντιγράφου αυτών, που θα τηρείται σε πιστωτικό ίδρυμα ή γραφείο ταχυδρομικών επιταγών (ΕΛ.ΤΑ.) είτε έγγραφη βεβαίωση του πιστωτικού ιδρύματος ή των ΕΛ.ΤΑ όπου να αναφέρεται ο αριθμός IBAN. Η επιλογή του ιδρύματος ή των ΕΛ.ΤΑ. γίνεται από τον δικαιούχο. Ο λογαριασμός στον οποίο θα κατατίθεται το ποσό του επιδόματος μπορεί να είναι:

- Απλός καταθετικός πιστωτικού ιδρύματος ή ΕΛ.ΤΑ.
 - Ατομικός ή κοινός με άλλα πρόσωπα με την προϋπόθεση το πρώτο όνομα του λογαριασμού να είναι του δικαιούχου του επιδόματος.
- 13)** Εάν προέρχετε από άλλη χώρα, βεβαίωση από την χώρα που προέρχετε, ότι ο εν δυνάμει δικαιούχος δεν λαμβάνει άμεσα ή έμμεσα σύνταξη ή οποιαδήποτε οικονομική ενίσχυση ή επίδομα για την πάθηση ή τις παθήσεις του, η οποία να είναι επίσημα μεταφρασμένη (από το Υπουργείο Εσωτερικών ή από τον δικηγορικό σύλλογο)
- 14)** Σε περίπτωση αδυναμίας φυσικής παρουσίας του επιδοτούμενου η αίτηση του νόμιμου αντιπροσώπου του θα συνοδεύεται από συμβολαιογραφικό πληρεξούσιο ή εξουσιοδότηση θεωρημένη για το γνήσιο της υπογραφής η οποία να έχει χορηγηθεί κατά το χρονικό διάστημα των προηγούμενων 30 ημερών ή απόφαση Δικαστηρίου για διορισμό του ως νομίμου εκπροσώπου του δικαιούχου (επίτροπος ή δικαστικός συμπαραστάτης).

**ΟΙ ΥΠΕΥΘΥΝΕΣ ΔΗΛΩΣΕΙΣ, ΕΑΝ ΔΕΝ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΥ ΙΔΙΟΥΣ
ΣΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ, ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΘΕΩΡΗΜΕΝΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΓΝΗΣΙΟ ΤΗΣ
ΥΠΟΓΡΑΦΗΣ ΑΠΟ ΚΕΠ Ή ΑΣΤΥΝΟΜΙΑ Ή ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ ΔΗΜΟΣΙΑ ΑΡΧΗ**