



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

**Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ** (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

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 : «Χορήγηση επιδόματος από το πρόγραμμα Οικονομικής ενίσχυσης Ατόμων με ειδικές Ανάγκες (ΑΜΕΑ) με ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω»**

<b>ΠΡΟΣ:</b>	*	<b>ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ</b>	<b>ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ</b>
		<i>Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία</i>	

\*Δ/ση Πρόνοιας της οικείας Ν.Α

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ**

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:	
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:	
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:	
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ.:	
Ημερομηνία γέννησης <sup>(1)</sup> :		Τόπος Γέννησης:	
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:	
		Αριθ:	ΤΚ:
Τηλ:		Fax:	
		E – mail:	
<b>Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης</b>		<b>Αριθμός Μητρώου Κάρτας Αναπηρίας</b>	

**ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ<sup>(4)</sup> (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης)** : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:	
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:	Τ.Κ.:
Τηλ:		Fax:	
		E – mail:	

**ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ  
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

<b>ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:</b>	<b>ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ</b>	<b>ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ<sup>(3)</sup></b>	<b>ΔΕΝ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ</b>
1. Γνωμάτευση της πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Επιτροπής ή της Δευτεροβάθμιας επιτροπής σε περίπτωση ένστασης, όπου αναγράφεται ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω*	<input type="checkbox"/>		
2. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86**	<input type="checkbox"/>		
3. Επικυρωμένη φωτοτυπία των ταυτοτήτων του αναπήρου και του υπεύθυνου εισπραξής του επιδόματος	<input type="checkbox"/>		
4. Εξουσιοδότηση του αναπήρου σε περίπτωση που δεν λαμβάνεται από το ίδιο το επίδομα, θεωρημένη για το γνήσιο της υπογραφής (από την Αστυνομία ή την υπηρεσία).	<input type="checkbox"/>		
5. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης	<input type="checkbox"/>		

**ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:**

\* Απαιτούνται τα ακόλουθα: α) αίτηση, β) Βεβαίωση Κρατικού Ιατρού ή Ιατρού ΝΠΔΔ ή ΝΠΙΔ επιχορηγούμενου από το Κράτος, Ιατρού με ειδικότητα ανάλογη προς την αναπηρία ή την πάθηση του συγκεκριμένου ατόμου. Οι νεφροπαθείς και οι ινσουλινοεξαρτώμενοι διαβητικοί θα προσκομίζουν μόνο τη βεβαίωση του κρατικού Νοσοκομείου στην υπηρεσία μας χωρίς να περάσουν από την πρωτοβάθμια Υγειονομική Επιτροπή.

Οι βεβαιώσεις των γιατρών να είναι θεωρημένες για το γνήσιο της υπογραφής από το Διοικητικό Δ/ντή ή το νόμιμο αναπληρωτή.

\*\* Στο κείμενο της υπεύθυνης δήλωσης θα δηλώνονται τα ακόλουθα: **α)** Η μόνιμη κατοικία του αναπήρου, **β)** Ότι δεν είναι ασφαλισμένος στον Ο.Γ.Α., Τ.Ε.Β.Ε, Ι.Κ.Α, λοιπά ταμεία και δεν καλύπτει τις προϋποθέσεις για συνταξιοδότηση, **γ)** Ότι η οικονομική ενίσχυση θα χρησιμοποιηθεί για την ανάγκη του ανάπηρου, **δ)** Ότι αναλαμβάνει την υποχρέωση να ενημερώνει αμέσως την υπηρεσία μας για κάθε μεταβολή των στοιχείων που δηλώνονται, όπως τυχόν εισαγωγή του αναπήρου σε ίδρυμα ή νοσοκομείο, λήψη σύνταξης από οποιοδήποτε φορέα του εσωτερικού ή του εξωτερικού, ασφάλισης του με οποιοδήποτε τρόπο σε κάποιο ταμείο, θανάτου κ.λ.π, **ε)** Ότι το ανάπηρο άτομο και η οικογένειά του δεν εισπράττει άμεσα ή έμμεσα σύνταξη ή άλλη οικονομική ενίσχυση από οποιαδήποτε πηγή της ημεδαπής ή της αλλοδαπής, για την ίδια ή άλλη αναπηρία ή πάθηση. Σε περίπτωση που εισπράττει για την ίδια ή άλλη αναπηρία ή πάθηση με οποιαδήποτε μορφή κάποιο οικονομικό βοήθημα (είτε σαν επίδομα είτε σαν προσαύξηση μισθού ή σύνταξης), τότε δηλώνεται το ποσό αυτό με κάθε λεπτομέρεια.

**Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:**

1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση
2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο
4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό

**ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ:**

Στο πρόγραμμα αυτό εντάσσονται άτομα με ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω, σύμφωνα με Απόφαση Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Επιτροπής, που δεν επιδοτούνται από κάποιο άλλο ειδικό πρόγραμμα οικονομικής ενίσχυσης για άτομα με αναπηρίες του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας (βαριά νοητική καθυστέρηση, μεσογειακή αναιμία κλπ).

**ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ:**

1. Έμμεσα ασφαλισμένες σύζυγοι που δε λαμβάνουν οικονομική ενίσχυση για την αναπηρία του ασφαλισμένου από οποιαδήποτε πηγή.
2. Έμμεσα ασφαλισμένα τέκνα (προστατευόμενα μέλη) που δεν παίρνουν οικονομική ενίσχυση για την αναπηρία τους μεγαλύτερη του ποσού του επιδόματος Βαριάς Αναπηρίας.
3. Τέκνα που λαμβάνουν σύνταξη λόγω θανάτου ή εκ μεταβιβάσεως ή προσαύξηση σύνταξης λόγω της αναπηρίας τους με ποσό μικρότερο ή ίσο του ισχύοντος επιδόματος από το πρόγραμμα Βαριάς Αναπηρίας.
4. Ανασφάλιστοι.
5. Ανασφάλιστοι υπερήλικες του ΟΓΑ.

6. Άμεσα ασφαλισμένοι που δεν έχουν τις ασφαλιστικές προϋποθέσεις για συνταξιοδότηση από το ταμείο τους (Ως έλλειψη ασφαλιστικών προϋποθέσεων για συνταξιοδότηση δε θεωρείται η οφειλή εισφορών του ασφαλισμένου προς το Ταμείο του).
7. Όσοι δεν περιθάλπονται με δαπάνες του Δημοσίου ως εσωτερικού ασθενείς ή τρόφιμοι σε Δημόσια, Νοσηλευτικά ή Πρόνοιακά Ιδρύματα, αντίστοιχα, για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο του τριμήνου.

**ΧΡΟΝΟΣ :** Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

**ΚΟΣΤΟΣ:** Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις <sup>(2)</sup>, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.  
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(2) «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.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

## ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

<b>Αίτημα:</b>	Χορήγηση επιδόματος από το πρόγραμμα Οικονομικής ενίσχυσης Ατόμων με ειδικές Ανάγκες (ΑΜΕΑ) με ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω		
<b>Υπηρεσία Υποβολής:</b>			
<b>Αριθμ. Πρωτοκόλλου:</b>		<b>Ημ/νια αιτήματος:</b>	
<b>Αρμόδιος Υπάλληλος:</b>	<b>Όνομα:</b>	<b>Επώνυμο:</b>	
<b>Αιτών:</b>	<b>Όνομα:</b>	<b>Επώνυμο:</b>	

### ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ <sup>(3)</sup>	ΔΕΝ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ
1. Γνωμάτευση της πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Επιτροπής ή της Δευτεροβάθμιας επιτροπής σε περίπτωση ένστασης, όπου αναγράφεται ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω*	<input type="checkbox"/>		
2. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86**	<input type="checkbox"/>		
3. Επικυρωμένη φωτοτυπία των ταυτοτήτων του αναπήρου και του υπεύθυνου είσπραξης του επιδόματος	<input type="checkbox"/>		
4. Εξουσιοδότηση του αναπήρου σε περίπτωση που δεν λαμβάνεται από το ίδιο το επίδομα, θεωρημένη για το γνήσιο της υπογραφής (από την Αστυνομία ή την υπηρεσία).	<input type="checkbox"/>		
5. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης	<input type="checkbox"/>		

**ΧΡΟΝΟΣ:** Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

**ΚΟΣΤΟΣ:** Μηδέν

**ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:**

**Ο Υπάλληλος**

(υπογραφή)