

**Δ/ΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΝΟΙΑΚΩΝ ΕΠΙΔΟΜΑΤΩΝ  
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

**ΓΙΑ ΤΟ ΕΠΙΔΟΜΑ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΒΑΡΙΑ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ ΔΝ<30**

Το επίδομα το δικαιούνται τα άτομα με Βαριά Νοητική Υστέρηση <30.

**ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

1. **Γνωμάτευση και ημερομηνία πρωτοκόλλου Κ.Ε.Π.Α.**
2. **Μία ( 1 ) φωτογραφία του επιδοτούμενου** ( όταν πρόκειται για νέα περίπτωση ).
3. **Αίτηση** η οποία συμπληρώνεται από τον υπεύθυνο εισπραξης.
4. **Υπεύθυνη δήλωση – Εξουσιοδότηση** που δίνεται από την υπηρεσία, όταν το επίδομα αφορά ανήλικο παιδί, του ενός γονέα προς τον άλλο ο οποίος θα εισπράττει το επίδομα. Ορίζεται μόνο ο ένας γονέας. Σε περίπτωση ορισμού ως υπεύθυνου εισπραξης τρίτου προσώπου, πλην των γονέων, θα πρέπει αυτός να εξουσιοδοτηθεί και από τους δύο γονείς. **Όταν ο επιδοτούμενος με ΔΝ<30 βαθμών είναι ενήλικας θα πρέπει να προσκομίσετε έγγραφο που θα ορίζει δικαστικό συμπαραστάτη του.** Σε περίπτωση διαζυγίου των γονέων, είναι απαραίτητο το διαζευκτήριο και έγγραφο επιμέλειας του παιδιού
5. **Υπεύθυνη δήλωση** του υπευθύνου εισπραξης που δίνεται από την υπηρεσία.
6. **Ταυτότητες**, φωτοτυπίες της ταυτότητας του δικαιούχου ( μόνο αν ο δικαιούχος είναι από 12 ετών και πάνω ), του υπευθύνου εισπραξης, και του ατόμου που τον ασφαλίζει.
7. **IBAN** ( αρ. λογ. τραπεζής ) σε φωτοτυπία στ' όνομα του δικαιούχου
8. **Βεβαίωση απόδοσης** ( σε φωτοτυπία ) : **ΑΜΚΑ και Α.Φ.Μ. ή Εκκαθαριστικό Σημείωμα** (αν υπάρχει) του επιδοτούμενου και του υπεύθυνου εισπραξης .
9. **Βιβλιάριο περιθαλψής του δικαιούχου** και του ατόμου που ασφαλίζει τον δικαιούχο σε φωτοτυπίες :
  - i. την σελίδα με την φωτογραφία
  - ii. την σελίδα με την θεώρηση για το έτος που διανύουμε, ή την σφραγίδα ΑΟΡΙΣΤΩΣ αν πρόκειται για συνταξιούχο. Αν πρόκειται για έμμεσα ασφαλισμένο απαιτούνται οι ανάλογες φωτοτυπίες και από το βιβλιάριο υγείας του άμεσα ασφαλισμένου όπως και η ταυτότητα του.
10. **Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης** από τον Δήμο στον οποίο είναι εγγεγραμμένος ο επιδοτούμενος.( πρόσφατο – πρωτότυπο )
11. **Απόφαση συνταξιοδότησης** (φωτοτυπία), και τελευταία **τριμηνιαία κατάσταση** ή **απόκομμα** της **σύνταξης** από το ασφαλιστικό ταμείο, σε περίπτωση που ο επιδοτούμενος είναι συνταξιούχος κάποιου ταμείου. **Ομοίως και στην περίπτωση που οι γονείς είναι συνταξιούχοι** και λαμβάνουν πάνω στη σύνταξή τους ποσοστό προσαύξησης για το ανάπηρο παιδί.
12. **Υπεύθυνη δήλωση φιλοξενίας** του υπεύθυνου εισπραξης ή του ατόμου που φιλοξενεί τον δικαιούχο ( όταν ο δικαιούχος είναι ενήλικος ) και φωτοτυπία τον τελευταίο λογαριασμό του **Ο.Τ.Ε.** ,ή **Δ.Ε.Η.** ,ή **νερό** , **κ.λ.π.** στ' όνομα του. Αν ο επιδοτούμενος είναι ανήλικος φωτοτυπία μόνο τον τελευταίο λογ. **Δ.Ε.Η.** , ή **Ο.Τ.Ε.** , ή **νερό** , **κ.λ.π.** στ' όνομα των γονέων.

**ΟΛΑ ΤΑ ΑΝΤΙΓΡΑΦΑ ΝΑ ΣΥΝΟΔΕΥΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΑ ΠΡΩΤΟΤΥΠΑ**

**ΟΙ ΥΠΕΥΘΥΝΕΣ ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΘΕΩΡΗΜΕΝΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΓΝΗΣΙΟ ΤΗΣ ΥΠΟΓΡΑΦΗΣ ΑΠΟ ΑΣΤΥΝΟΜΙΑ ή Κ.Ε.Π. ή ΝΑ ΥΠΟΓΡΑΦΟΥΝ ΕΝΩΠΙΟΝ ΤΟΥ ΑΡΜΟΔΙΟΥ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ ΤΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΜΑΣ.**

Για πληροφορίες τηλ. 2310509035 Ε.ΚΥΡΙΑΚΙΔΟΥ

# Αίτηση

ΓΙΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ «ΒΑΡΙΑΣ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΥΣΤΕΡΗΣΗΣ»

**ΠΡΟΣ**  
ΔΗΜΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ  
Δ/ΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ  
ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΝΟΙΑΚΩΝ ΕΠΙΔΟΜΑΤΩΝ

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ  
ΥΠΕΥΘΥΝΟ ΕΙΣΠΡΑΞΗΣ

|  |  |
|--|--|
| Επώνυμο.....                                   | Παρακαλώ, όπως χορηγήσετε το επίδομα «Βαρίας Νοητικής Υστέρησης» στον/στην γιο/κόρη μου :<br>..... |
| Όνομα.....                                     |  |
| Όνομα πατρός.....                              |  |
| Κατοίκου.....                                  |  |
| Οδός/αριθ.....                                 |  |
| Ταχ. Κώδικας.....                              |  |
| Αρ. Δελ. Ταυτ.....                             |  |
| Τηλέφωνο.....                                  |  |
| Υπεύθυνος εισπραξης.....                       |  |
| Ταχ. γραφ. εξυπηρέτησης.....                   |  |
| Εγγεγραμμένος/η στα δημοτολόγια του Δήμου..... |  |

( Πόλη – Ημερομηνία )

.....

Ο/Η ΑΙΤ.....  
( υπογραφή )



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ  
(Άρθρο 8 Ν.1599/1986 και άρθρο 3 παρ.3 Ν.2690/1999)

## ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΥΠΕΥΘΥΝΟ ΕΙΣΠΡΑΞΗΣ)

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)

|                                      |  |                                   |
|--------------------------------------|--|-----------------------------------|
| <b>Προς<sup>(1)</sup>:</b>           | <b>Δ/ΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ<br/>ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΝΟΙΑΚΩΝ ΕΠΙΔΟΜΑΤΩΝ</b> | <b>ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ</b>                 |
| Ο - Η Όνομα:                         | Επώνυμο:   |                                   |
| Όνομα Πατέρα:                        | Επώνυμο Πατέρα:  |                                   |
| Όνομα Μητέρας:                       | Επώνυμο Μητέρας:   |                                   |
| Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:              | Α.Φ.Μ:   |                                   |
| Ημερομηνία γέννησης <sup>(2)</sup> : | Τόπος Γέννησης:  |                                   |
| Τόπος Κατοικίας:                     | Οδός:  | Αριθ: TK:                         |
| Τηλ:                                 | Fax:   | Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου(Email): |

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις <sup>(3)</sup>, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ.6 του άρθρου 22 του Ν.1599/1986, δηλώνω ότι:<sup>(4)</sup>

Α) Το επιδοτούμενο άτομο είναι άμεσα/έμμεσα ασφαλισμένο από τον/την \_\_\_\_\_  
στ \_\_\_\_\_ ως \_\_\_\_\_.

Β) Η παρεχόμενη οικονομική ενίσχυση θα χρησιμοποιηθεί αποκλειστικά για τις ανάγκες του δικαιούχου.

Γ) Το επιδοτούμενο άτομο **δεν εισπράττει άμεσα ή έμμεσα σύνταξη ή άλλη οικονομική ενίσχυση** καθ'οιονδήποτε τρόπο από οποιαδήποτε πηγή της ημεδαπής ή αλλοδαπής **για την ίδια πάθηση**.

Δ) Το επιδοτούμενο άτομο **εισπράττει άμεσα ή έμμεσα σύνταξη ή άλλη οικονομική ενίσχυση** καθ'οιονδήποτε τρόπο, από οποιοδήποτε πηγή της ημεδαπής ή αλλοδαπής για άλλη πάθηση, εκτός της **Βαριάς νοητικής υστέρησης**.

Ε) **Δεν περιθάλπεται σε ίδρυμα** και δεν καταβάλλονται τροφεία ή νοσήλια από ασφαλιστικούς οργανισμούς ή ταμεία.

Ζ) **Δεν εργάζεται**.

Η) Αναλαμβάνω την υποχρέωση να ειδοποιήσω την Υπηρεσία (Πρόνοια) για κάθε μεταβολή που αφορά το επιδοτούμενο άτομο, όπως αν: **λάβει σύνταξη ή άλλη οικονομική ενίσχυση** από οποιαδήποτε πηγή της ημεδαπής ή αλλοδαπής (εξωτερικό) και υπό οποιαδήποτε μορφή άμεσα ή έμμεσα (π.χ. προσαύξηση σύνταξης κλπ), **αλλάξει διεύθυνση κατοικίας, απουσιάσει στο εξωτερικό, αλλάξει ταυτότητα** (δικαιούχος και υπεύθυνος εισπράξης), **αλλάξει τηλέφωνο, εργασθεί, μετοικήσει, αποβιώσει** (πεθάνει) ο δικαιούχος, καθώς και **αν εισαχθεί σε ίδρυμα ή κλινική ή οικοτροφείο**.

Θ) Συμφωνώ με την αυτεπάγγελτη αναζήτηση από την υπηρεσία σας όλων των δικαιολογητικών, που αφορούν στην ενημέρωση του φακέλου του επιδοτούμενου ατόμου και είναι σχετικά με το επίδομα ΒΝΥ.

Ι) **Αναλαμβάνω την οποιαδήποτε ευθύνη που θα προκύψει έναντι της Υπηρεσίας (Κοιν.Πρόνοια) για τη μη γνωστοποίηση** κάποιων εκ των ανωτέρω αναφερομένων. Σε περίπτωση που δεν ισχύει κάποιο στοιχείο από τα ανωτέρω ή επέλθει κάποια μεταβολή και δεν το γνωστοποιήσω στην Υπηρεσία, είμαι υποχρεωμένος/η να επιστρέψω όλο το αχρεωστήτως ληφθέν ποσό του επιδόματος.

Κ) Αναλαμβάνω την υποχρέωση κάθε διετία να προσκομίζω στην Υπηρεσία (Κοιν. Πρόνοια) **εκ νέου δικαιολογητικά που απαιτούνται για τη συνέχιση του επιδόματος που λαμβάνω ή θα λαμβάνω**, όπως φωτοτυπίες ταυτοτήτων επιδοτούμενου/ης, υπευθύνου εισπράξης (σε περίπτωση που υπάρχει δικαστικός συμπαραστάτης και είναι διαφορετικός από τον υπεύθυνο εισπράξης, τότε απαιτείται και η δική του ταυτότητα), φωτοτυπίες των βιβλιαρίων ασφάλισης του επιδοτούμενου/ης και του άμεσα ασφαλιζόμενου (εξώφυλλο, σελίδα φωτογραφίας, σελίδα θεώρησης για το τρέχον διάστημα) καθώς και τα πρωτότυπα. Σε περίπτωση που ο επιδοτούμενος είναι συνταξιούχος κάποιου ταμείου προσκομίζει απόκομμα της σύνταξής του ή την απόφαση συνταξιοδότησής του. Ομοίως και στην περίπτωση που οι γονείς είναι συνταξιούχοι και λαμβάνουν πάνω στη σύνταξή τους ποσοστό προσαύξησης για το συγκεκριμένο παιδί. Εξουσιοδοτήσεις και υπεύθυνες δηλώσεις σε περίπτωση αλλαγής υπευθύνου εισπράξης δίνονται από την Υπηρεσία μας.

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

2) Αναγράφεται ολογράφως.

3) «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.

4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου, η δήλωση συνεχίζεται σε άλλο κατάλληλο σημείο του εντύπου της αίτησης-υπεύθυνης δήλωσης και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.

...../...../.....20

Υπογραφή



## ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ-ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ

(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) |      |                                    |                 |   |     |  |  |
| <b>Προς<sup>(1)</sup>:</b> Δ/ΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ<br>ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΝΟΙΑΚΩΝ ΕΠΙΔΟΜΑΤΩΝ                                      |      |                                    |                 | <b>ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ</b><br>Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία |     |  |  |
| Ο - Η Όνομα:   |      | Επώνυμο:                           |                 |   |     |  |  |
| Όνομα Πατέρα:  |      | Επώνυμο Πατέρα:                    |                 |   |     |  |  |
| Όνομα Μητέρας:   |      | Επώνυμο Μητέρας:                   |                 |   |     |  |  |
| Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:  |      |                                    | Α.Φ.Μ:          |   |     |  |  |
| Ημερομηνία γέννησης <sup>(2)</sup> :   |      |                                    | Τόπος Γέννησης: |   |     |  |  |
| Τόπος Κατοικίας:   |      | Οδός:                              |                 | Αριθ:   | ΤΚ: |  |  |
| Τηλ:   | Fax: | Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email): |                 |   |     |  |  |

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις <sup>(3)</sup>, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ.6 του άρθρου 22 του Ν.1599/1986, δηλώνω ότι:

**ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ:** εξουσιοδοτώ τον /την .....του.....με  
Α. Δ.Τ. .... και αποδέχομαι να ορισθεί ως υπεύθυνος είσπραξης ή να συνεχίσει να είναι υπεύθυνος είσπραξης του επιδόματος Β.Ν.Υ. που δικαιούται και παίρνει /ή θα πάρει (αναλόγως συμπληρώνεται) ο γιος / η κόρη μου.....του.....από την Κοιν.Πρόνοια.

\*Η υπεύθυνη δήλωση θα πρέπει να θεωρείται για το γνήσιο της υπογραφής, από την Αστυνομία ή από ΚΕΠ ή από Δημόσια Υπηρεσία.

Θεσ/νίκη...../...../...200

.....  
(Υπογραφή)

- 1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.  
2) Αναγράφεται ολογράφως.  
3) «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.»  
4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου, η δήλωση συνεχίζεται σε άλλο κατάλληλο σημείο του εντύπου της αίτησης-υπεύθυνης δήλωσης και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα