



**ΑΙΤΗΣΗ-ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**  
**ΓΙΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ ΠΑΡΑΠΛΗΓΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΟΥ**  
(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)

ΠΡΟΣ <sup>(1)</sup> :	ΤΜΗΜΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΕΠΙΔΟΜΑΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ & ΕΛΕΓΧΟΥ
-----------------------	--

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΔΟΤΟΥΜΕΝΟΥ**

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:	
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:			
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:			
Ημερομηνία γέννησης <sup>(2)</sup> :			
Τόπος Γέννησης:			
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:		Τηλ:	
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:	Αριθ: Τ.Κ
ΑΦΜ:		Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):	
ΑΜΚΑ:		ΑΜΑ: (Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου)	

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΜΕΝΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ & ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΕΙΣΠΡΑΞΗΣ-ΔΙΚΑΣΤΙΚΟΥ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΤΗ-ΓΟΝΕΑ**

Ο-Η Όνομα:		Επώνυμο:	
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:			
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:			
Ημερομηνία γέννησης <sup>(2)</sup> :			
Τόπος Γέννησης:			
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:		Τηλ:	
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:	Αριθ: Τ.Κ
ΑΦΜ:		Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):	
ΑΜΚΑ:		ΑΜΑ: (Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου)	



Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις<sup>1</sup> που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του ν.1599/1996 δηλώνω ότι :

1. Επιθυμώ την χορήγηση προνοιακού επιδόματος ( ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω λόγω παραπληγίας ή ακρωτηριασμού)
2. Τα στοιχεία της δήλωσής είναι αληθή
3. Δεν εισπράττω επίδομα ή οικονομική ενίσχυση υπό μορφή επιδόματος ή συντάξεως για τον ίδιο λόγο, από άλλη πηγή ή ασφαλιστικό φορέα της ημεδαπής ή αλλοδαπής.
4. **Αναλαμβάνεται η υποχρέωση να ειδοποιήσω την Υπηρεσία σε περίπτωση:**
  - εισαγωγής μου σε νοσοκομείο ή άλλο Προνοιακό Ίδρυμα για διάστημα μεγαλύτερο των τριών (3) μηνών ανά έτος,
  - απουσίας μου από την Ελλάδα για διάστημα μεγαλύτερο των έξι (6) μηνών,
  - αλλαγής του τόπου μόνιμης κατοικίας,
  - συνταξιοδότησης ή λήψη οικονομικής ενίσχυσης από οποιονδήποτε φορέα στην Ελλάδα ή το εξωτερικό,
  - θανάτου από τους οικείους μου και γενικά σε οποιαδήποτε αλλαγή των δηλωθέντων στοιχείων.
5. Το επίδομα θα χρησιμοποιηθεί αποκλειστικά για τις ανάγκες μου και θα το εισπράττω/εισπράττει ο ίδιος ή ο ορισμένος υπεύθυνος είσπραξης  
.....
6. Η μόνιμη κατοικία μου είναι η παραπάνω και είμαι μόνιμος κάτοικος του Νομού Ηρακλείου.

**Πληροφοριακά στοιχεία αιτ/δηλ.:**

Είμαι εργαζόμενος/η	<input type="checkbox"/>
Είμαι έμμεσα ασφαλισμένος στο Δημόσιο	<input type="checkbox"/>
Είμαι συνταξιούχος Δημοσίου	<input type="checkbox"/>

Έχω λάβει γνώση ότι σε περίπτωση κατάθεσης ψευδών στοιχείων ή μη ενημέρωσης για μεταβολές που συνεπάγονται τη διακοπή του επιδόματος και στην περίπτωση καταβολής αχρεωστήτως καταβληθέντων ποσών υποχρεούμαι στην άμεση επιστροφή των χρημάτων που κακώς έλαβα σαν Προνοιακό επίδομα. Σας υποβάλλω συνημμένα τα δικαιολογητικά που αναφέρονται στη συνέχεια:

Ημερομηνία: .../...../2016

Ο – Η Αιτ./ Δηλ.

)

<sup>1</sup> «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».