



ΑΙΤΗΣΗ-ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
ΓΙΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ ΒΑΡΙΑΣ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΥΣΤΕΡΗΣΗΣ
ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ DOWN ή ΑΥΤΙΣΜΟΥ
(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 ⁽¹⁾ :	ΤΜΗΜΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΕΠΙΔΟΜΑΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ & ΕΛΕΓΧΟΥ						
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΔΟΤΟΥΜΕΝΟΥ							
Ο - Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:	T.K
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 ⁽²⁾ :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:	T.K
ΑΦΜ:				Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):			
ΑΜΚΑ:				ΑΜΑ: (Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου)			

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

1. Επιθυμώ την χορήγηση προνοιακού επιδόματος BNY / DOWN & BNY /ΑΥΤΙΣΜΟΥ(διαγράψτε)
2. Τα στοιχεία της δήλωσής είναι αληθή.
3. Ο δικαιούχος δεν εισπράττει 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 ειδοποιηθεί η 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. Είμαι/είναι ασφαλισμένος άμεσα /ή έμμεσα (διαγράψτε) στο.....
6. Το επίδομα θα χρησιμοποιηθεί αποκλειστικά για τις ανάγκες του και θα το εισπράττω/εισπράττει ο ίδιος ή ο ορισμένος υπεύθυνος εισπράξης
.....
7. Η μόνιμη κατοικία μου είναι η παραπάνω και είμαι μόνιμος κάτοικος του Νομού Ηρακλείου.

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.

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

A/A	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ	ΚΑΤΑΤΕΘΕΙ Ναι ή Όχι (συμπληρώνεται από τον/την Δηλ/Αιτ)
1.	Γνωστοποίηση Αποτελέσματος Αναπηρίας του Κ.Ε.Π.Α ή της Α.ΣΥ.Ε. ή της Α.Ν.Υ.Ε. ή της Α.Α.Υ.Ε. ή της Ανώτατης Υγειονομικής Επιτροπής της Ελληνικής Αστυνομίας ή της Ανώτατης Υγειονομικής Επιτροπής του Πυροσβεστικού Σώματος σε ισχύ.	
2.	Υπεύθυνη Δήλωση η οποία χορηγείται από την υπηρεσία	
3.	Φωτοαντίγραφο Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας του επιδοματούχου και του εξουσιοδοτημένου εκπροσώπου και υπευθύνου εισπράξης - δικαστικού συμπαραστάτη – γονέα	
4.	ΑΦΜ και ΑΜΚΑ του επιδοτούμενου	
5.	Πρόσφατο εκκαθαριστικό σημείωμα φορολογικής δήλωσης και σε περίπτωση ανηλικού Ε1	
6.	Πιστοποιητικό Μόνιμης Κατοικίας	
7.	Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης	
8.	Πιστοποίηση Μόνιμης και Νόμιμης Διαμονής για τους πολίτες κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης	
9.	Φωτοαντίγραφο Βιβλιαρίου Ασθενείας και Ασφαλιστική Ικανότητα	
10.	Φωτοτυπία τραπεζικού λογαριασμού ή λογαριασμού των ΕΛΤΑ με πρώτο όνομα το δικαιούχο του προνοιακού επιδόματος	

Α/Α	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ	ΚΑΤΑΤΕΘΕΙ Ναι ή Όχι (συμπληρώνεται από τον/την Δηλ/Αιτ)
11.	<p>Σε περίπτωση ανηλίκου, ορίζονται υπεύθυνοι εισπραξής οι γονείς.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Σε περίπτωση που στον κοινό τραπεζικό λογαριασμό με το παιδί δεν αναγράφεται ο ένας γονέας, ζητείται υπεύθυνη δήλωση του τελευταίου ότι γνωρίζει και αναγνωρίζει ως υπεύθυνο εισπραξής του επιδόματος τον γονέα που αναγράφεται ως συνδικαιούχος στον τραπεζικό λογαριασμό. • Σε περίπτωση διάστασης ή διάζευξης απόφαση επιμέλειας του παιδιού. 	
12.	Οποιοδήποτε κατά περίπτωση δικαιολογητικό ζητηθεί από την υπηρεσία.	
13.		
14.		
15.		

Ημερομηνία: .../...../2016

Ο – Η Αιτ./ Δηλ.

(Υπογραφή)