

ΑΙΤΗΣΗ-ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
ΓΙΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ ΒΑΡΙΑΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
(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 Πατέρα: | | | | | | | | | | | |
| Όνομα Μητέρας: | | | | | | | | | | | |
| Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ : | | | | | | | | | | | |
| Τόπος Γέννησης: | | | | | | | | | | | |
| Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας: | | | | | | Τηλ: | | | | | |
| Τόπος Κατοικίας: | | | | Οδός: | | | | Αριθ: | | T.K | |
| ΑΦΜ: | | | | | | Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email): | | | | | |
| ΑΜΚΑ: | | | | | | | | | | | |
| ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΜΕΝΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ & ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΕΙΣΠΡΑΞΗΣ-ΔΙΚΑΣΤΙΚΟΥ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΤΗ-ΓΟΝΕΑ | | | | | | | | | | | |
| Ο-Η Όνομα: | | | | | | Επώνυμο: | | | | | |
| Όνομα Πατέρα: | | | | | | | | | | | |
| Όνομα Μητέρας: | | | | | | | | | | | |
| Ημερομηνία γέννησης | | | | | | | | | | | |
| Τόπος Γέννησης: | | | | | | | | | | | |
| Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας: | | | | | | Τηλ: | | | | | |
| Τόπος Κατοικίας: | | | | Οδός: | | | | Αριθ: | | T.K | |
| ΑΦΜ: | | | | | | Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email): | | | | | |
| ΑΜΚΑ: | | | | | | | | | | | |

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις ⁽¹⁾, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

- Υποβάλλω τα προβλεπόμενα δικαιολογητικά και ζητώ να ενταχθώ στο πρόγραμμα χορήγησης του επιδόματος Βαρίας Αναπηρίας
- Είμαι μόνιμος κάτοικος του Νομού Ηρακλείου.
- Δεν λαμβάνω οποιαδήποτε οικονομική ενίσχυση υπό μορφή επιδόματος ή συντάξεως από κανένα ασφαλιστικό φορέα στην Ελλάδα ή το εξωτερικό.

- Το επίδομα που θα εισπράττω θα το χρησιμοποιώ αποκλειστικά για τις ανάγκες μου
- Αναλαμβάνω την υποχρέωση να ειδοποιήσω την Υπηρεσία σε περίπτωση εισαγωγής μου σε νοσοκομείο ή άλλο Προνοιακό Ίδρυμα για διάστημα μεγαλύτερο των τριών (3) μηνών κάθε έτος ή σε περίπτωση απουσίας μου από την Ελλάδα για διάστημα μεγαλύτερο των έξι (6) μηνών.
- Υποχρεούμαι να ενημερώσω την Υπηρεσία σε περίπτωση αλλαγής του τόπου μόνιμης κατοικίας, μεταβολής ασφαλιστικής κάλυψης ή σε περίπτωση εύρεσης εργασίας, σε περίπτωση συνταξιοδότησης μου (άμεσα ή έμμεσα – λόγω θανάτου συζύγου) από οποιονδήποτε φορέα στην Ελλάδα ή το εξωτερικό για οποιονδήποτε λόγο και γενικά σε οποιαδήποτε σοβαρή μεταβολή με αφορά.
- Υποχρεούμαι να ενημερώσω άμεσα την Υπηρεσία σε περίπτωση μεταβολής της πάθησης ή των παθήσεων ή του ποσοστού αναπηρίας μου, με νέες γνωματεύσεις από τα αρμόδια όργανα πιστοποίησης αναπηρίας (ΚΕΠΑ-ΑΣΥΕ-ΑΝΥΕ κ.λ.π.)
- Δεν υπάρχουν οι συνταξιοδοτικές και χρονικές προϋποθέσεις σε ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ ή άλλο ασφαλιστικό φορέα.
- Η Υπηρεσία πρέπει να ενημερωθεί άμεσα σε περίπτωση θανάτου του επιδοτούμενου.
- Υποχρεούμαι στην αρχή κάθε νέου έτους για επανέλεγχο με τα απαραίτητα δικαιολογητικά.
- **Σε περίπτωση απόκρυψης συνταξιοδότησης μου από οποιονδήποτε φορέα υποχρεούμαι στην άμεση επιστροφή των χρημάτων που κακώς έλαβα σαν Προνοιακό επίδομα.**
- Τα στοιχεία της δήλωσης είναι αληθινά. Έχω λάβει γνώση ότι σε περίπτωση κατάθεσης ψευδών στοιχείων ή μη ενημέρωσης για μεταβολές που συνεπάγονται τη διακοπή του επιδόματος και στην περίπτωση αχρεωστήτως καταβληθέντων ποσών θα επιληφθούν τα αρμόδια όργανα.

Ημερομηνία: .../...../2016
Ο/ Η Δηλ.

(Υπογραφή)

(¹) «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 εαυτό του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών».