



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (κωφού / βαρήκοου)

(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⁾: | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ, ΠΑΙΔΕΙΑΣ & ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ | | | | | | |
| | ΔΗΜΟΥ ΣΑΛΑΜΙΝΑΣ | | | | | | |
| 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: | | ΤΚ: | |
| Α.Φ.Μ. | | Α.Μ.Κ.Α. | | | | | |

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

α. Διαμένω μόνιμα στ... οδός αρ.....

β. Το επίδομα θα χρησιμοποιηθεί αποκλειστικά για τις ανάγκες μου.

γ. Δεν παίρνω οικονομική ενίσχυση ή σύνταξη λόγω κώφωσης / βαρηκοΐας από οποιαδήποτε πηγή της Ελλάδας ή του εξωτερικού.

δ. Είμαι συνταξιούχος του ασφαλιστικού φορέα

ε. Δεν παίρνω επίδομα από κανένα άλλο προνοιακό πρόγραμμα.

στ. Είμαι άνεργος ανασφάλιστος ή έμμεσα ασφαλισμένος στο φορέα από τ.....
..... ή άμεσα ασφαλισμένος στο φορέα ή έχω βιβλιάριο νοσηλείας Πρόνοιας (**διαγράφονται οι λέξεις που δε σας αφορούν**).

ζ. Εργάζομαι / δεν εργάζομαι σήμερα ως

η. Αναλαμβάνω την υποχρέωση να ενημερώσω αμέσως την Υπηρεσία σας για οποιαδήποτε μεταβολή των στοιχείων που δηλώνω σήμερα , όπως : Έναρξη εργασίας , αλλαγή ασφαλιστικής κατάστασης , συνταξιοδότηση από οποιαδήποτε πηγή (δημόσιο , ασφαλιστικό φορέα κλπ), αλλαγή διεύθυνσης κατοικίας , μετοίκηση στο εξωτερικό , αλλαγή τηλεφώνου κλπ.)

θ. Συνδικαιούχος στο λογαριασμό που κατατίθεται το επίδομα είναι ο/η
..... του με Α.Δ.Τ. και

διεύθυνση κατοικίας, τον οποίο και εξουσιοδοτώ για τη διεκπεραίωση των συναλλαγών μου με την Υπηρεσία.

ι. Σε περίπτωση που δεν ενημερώσω την υπηρεσία σας για μεταβολή που έχει ως αποτέλεσμα τη διακοπή του επιδόματος, θα επιστρέψω όσα χρήματα πάρω αχρεωστήτως.

(4)

Ημερομηνία:/...../20.....

Ο - Η Δηλ.....

(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 στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (συνδικαιούχου κωφού / βαρήκοου)
(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⁾: | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ, ΠΑΙΔΕΙΑΣ & ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ ΔΗΜΟΥ ΣΑΛΑΜΙΝΑΣ | | | | | | |
| 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: | TK: |
| A.Φ.Μ. | | | | A.Μ.Κ.Α. | | | |

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

α. Διαμένει μόνιμα στ... .. οδός αρ.

β. Το επίδομα θα χρησιμοποιηθεί αποκλειστικά για τις ανάγκες του επιδοτούμενου.

γ. Δεν παίρνει οικονομική ενίσχυση ή σύνταξη λόγω κώφωσης / βαρηκοΐας από οποιαδήποτε πηγή της Ελλάδας ή του εξωτερικού.

δ. Είναι συνταξιούχος του ασφαλιστικού φορέα

ε. Δεν παίρνει επίδομα από κανένα άλλο προνοιακό πρόγραμμα .

στ. Είναι άνεργος ανασφάλιστος ή έμμεσα ασφαλισμένος στο φορέα από τ.....

..... ή άμεσα ασφαλισμένος στο φορέα ή έχει

βιβλιάριο νοσηλείας Πρόνοιας (**διαγράφονται οι λέξεις που δεν τον αφορούν**) .

ζ. Εργάζεται / δεν εργάζεται σήμερα ως

η. **Αναλαμβάνω την υποχρέωση** να ενημερώσω αμέσως την Υπηρεσία σας για οποιαδήποτε μεταβολή των στοιχείων που δηλώνω σήμερα, όπως: Έναρξη εργασίας , αλλαγή ασφαλιστικής κατάστασης , συνταξιοδότηση από οποιαδήποτε πηγή (δημόσιο , ασφαλιστικό φορέα κλπ), αλλαγή διεύθυνσης

κατοικίας , μετοίκιση στο εξωτερικό , αλλαγή τηλεφώνου κλπ. ή θάνατο του δικαιούχου.

θ. Σε περίπτωση που δεν ενημερώσω την υπηρεσία σας για μεταβολή που έχει ως αποτέλεσμα τη διακοπή του επιδόματος , θα επιστρέψω όσα χρήματα πάρω αχρεωστήτως.

(4)

Ημερομηνία:/...../20.....

Ο - Η Δηλ.....

(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 στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.