

**ΒΑΡΙΑ
ΑΝΑΠΗΡΙΑ**

ΘΕΣΗ ΣΦΡΑΓΙΔΑΣ ΠΡΟΤΟΚΟΛΛΟΥ

ΑΙΤΗΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ: _____

ΟΝΟΜΑ: _____

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ: _____

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ: _____

ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ: _____

ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ: _____

Δ/ΝΣΗ: _____

ΠΟΛΗ: _____ Τ.Κ. _____

ΤΑΧ. ΚΩΔΙΚΑΣ: _____

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: _____

ΘΕΜΑ: Χορήγηση Επιδόματος Βαρίας Αναπηρίας

ΣΑΛΑΜΙΝΑ ____/____/201____

Προς

ΔΗΜΟ ΣΑΛΑΜΙΝΑΣ
Δ/ΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ,
ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ
ΚΩΝ. ΚΑΡΑΜΑΝΛΗ 1 & ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΥ
18 900 ΣΑΛΑΜΙΝΑ

Υποβάλλω τα προβλεπόμενα δικαιολογητικά και παρακαλώ να εντάξετε στο πρόγραμμα οικονομικής ενίσχυσης ατόμων με ειδικές ανάγκες Βαρίας Αναπηρίας εμένα τ____ ίδι____ ή τ... ..

Για την υποχρεωτική αυτεπάγγελτη αναζήτηση πιστοποιητικού οικογενειακής κατάστασης δηλώνω ότι εγώ και η οικογένειά μου είμαστε γραμμένοι κανονικά στο Δήμο

_____ ο / η Αιτ

+

.....

ΠΡΟΣΟΧΗ

ΔΕΝ ΘΑ ΓΙΝΕΤΑΙ ΚΑΜΙΑ ΣΥΝΑΛΛΑΓΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΠΟΛΙΤΕΣ ΑΝ ΔΕΝ ΠΡΟΣΚΟΜΙΖΕΤΑΙ Η ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΕΠΙΔΟΤΟΥΜΕΝΟΥ

ΣΑΣ ΕΝΗΜΕΡΩΝΟΥΜΕ ΟΤΙ Η ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΜΑΣ ΓΙΑ ΝΑ ΠΑΡΑΛΑΒΕΙ ΑΙΤΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΟΧΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΙΤΟΥΝΤΑ ΑΛΛΑ ΑΠΟ ΤΡΙΤΑ ΠΡΟΣΩΠΑ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΖΕΤΑΙ ΣΧΕΤΙΚΗ ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ.



ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ: _____

ΠΡΟΗΓ. ΛΗΞΗ: _____

ΑΙΤΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ: _____

(συμπληρώνεται από την υπηρεσία)

Ε: _____

Λ: _____

ΑΣΦ: _____

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

1. Αίτηση του επιδοτούμενου (ή του έχοντα την επιμέλεια σε περίπτωση που ο δικαιούχος είναι ανήλικο τέκνο) προς την Δ/ση Δημόσιας Υγείας & Κοινων.Υπηρεσιών, με συνημμένα τα δικαιολογητικά.
2. Απόφαση - Γνωμάτευση της Υγειονομικής Επιτροπής ΚΕΠΑ με ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω (στην Υπηρεσία μας θα καταθέσετε την πρωτότυπη απόφαση)

3. Υπεύθυνη Δήλωση Ν. 1599/86 (πρώην 105) από τον επιδοτούμενο με θεωρημένο το γνήσιο της υπογραφής του από την αστυνομία ή από ΚΕΠ ή τον υπάλληλο της Υπηρεσίας μας αν υπογράψει ενώπιόν του.

ΠΡΟΣΟΧΗ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΤΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ

- 3.1. Τα έντυπα των υπεύθυνων δηλώσεων δίδονται πάντα από την Υπηρεσία μας.
- 3.2. Όταν πρόκειται για επιδοτούμενο ο οποίος είναι ανήλικος, η υπεύθυνη δήλωση συμπληρώνεται και υπογράφεται από τον έχοντα την επιμέλεια ή από τον ένα γονέα για λογαριασμό του ανηλίκου.
- 3.3. Να φροντίζετε να συμπληρώνετε πάντα τα κενά σημεία στο έντυπο της υπεύθυνης δήλωσης.
- 3.4. Όσοι είναι νεφροπαθείς τελικού σταδίου και υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση οφείλουν να δηλώσουν στην παραπάνω υπεύθυνη δήλωση ότι οφείλουν να ενημερώσουν την υπηρεσία μας σε περίπτωση που κάνουν μεταμόσχευση νεφρού.
- 3.5. Όσοι είναι έμμεσα ασφαλισμένοι στον Οίκο Ναύτου και προσκομίζουν βεβαίωση ότι δεν δικαιούνται επίδομα οικογενειακής νοσηλείας, οφείλουν επίσης να δηλώσουν στην παραπάνω υπεύθυνη δήλωση ότι σε περίπτωση που κατά τη διάρκεια της επιδοτήσεώς τους από το πρόγραμμα Βαριάς Αναπηρίας δικαιωθούν χορήγησης του οικογενειακού επιδόματος νοσηλείας από τον Οίκο Ναύτου οφείλουν να ενημερώσουν την υπηρεσία μας.
- 3.6 Να διαβάζετε πάντα με προσοχή την υπεύθυνη δήλωση πριν την υπογράψετε.

4. Αν λαμβάνετε για πρώτη φορά επίδομα προσκομίζετε φωτοτυπία βιβλιαρίου τραπεζής, από τράπεζα της προτιμήσεώς σας, με πρώτο όνομα του δικαιούχου.

5. Στην περίπτωση που ο/η δικαιούχος του επιδόματος είναι ανήλικο τέκνο και το επίδομα το λαμβάνει ο ένας από τους δύο γονείς, ο άλλος πρέπει να υποβάλει υπεύθυνη δήλωση, με θεωρημένο το γνήσιο της υπογραφής του είτε από την αστυνομία είτε από ΚΕΠ είτε από τον υπάλληλο της Υπηρεσίας μας, εφ' όσον υπογράψει ενώπιόν του, όπου θα δηλώνει ότι αποδέχεται να εισπράττει το επίδομα για λογαριασμό του παιδιού τους η/ο σύζυγός (ονομαστικά). Η υπεύθυνη δήλωση θα συνοδεύεται και με φωτοτυπία της ταυτότητας μαζί με την πρωτότυπη.

6. Υπεύθυνη δήλωση του συνδικαιούχου στο τραπεζικό λογαριασμό του επιδοτούμενου, με θεωρημένο το γνήσιο της υπογραφής του από την αστυνομία ή τα ΚΕΠ ή του υπαλλήλου της Υπηρεσίας μας σε περίπτωση που υπογράψει ενώπιόν του. Επίσης ο συνδικαιούχος πρέπει να προσκομίσει φωτοτυπία της αστυνομικής του ταυτότητας, εκκαθαριστικό σημείωμα της εφορίας, έντυπο όπου να αναγράφεται το ΑΜΚΑ του.

7. Πρόσφατο Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης όπου θα φέρονται κανονικά γραμμένα όλα τα μέλη της οικογένειας. Δηλαδή σε περίπτωση έγγαμης γυναίκας ή έγγαμου ανδρός να φέρεται κανονικά γραμμένος/η ο/η σύζυγος ΟΧΙ ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΑ και σε περίπτωση αγάμων να φέρονται κανονικά γραμμένοι και οι δύο γονείς ΚΑΙ ΟΧΙ ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΑ.

8. Μία (1) φωτογραφία πρόσφατη αν λαμβάνετε για πρώτη φορά το επίδομα.

9. Φωτοτυπία του αντίγραφου της φορολογικής δήλωσης του οικονομικού έτους 20__. Για την ακρίβεια των αντιγράφων φορολογικής δήλωσης γίνεται μνεία στην υπεύθυνη δήλωση. Σε περίπτωση που το επιδοτούμενο άτομο περιλαμβάνεται ως προστατευόμενο μέλος στην φορολογική δήλωση των γονέων του, προσκομίζεται μόνο το αντίγραφο φορολογικής δήλωσης του οικονομικού έτους 20__, όπου αναγράφεται το όνομά του. Επίσης έντυπο της εφορίας όπου θα αναγράφεται το Α.Φ.Μ σε περίπτωση που αυτό δεν προκύπτει από άλλο επίσημο έγγραφο.

10. Για τους άμεσα ασφαλισμένους χωρίς προϋποθέσεις βεβαίωση ότι δεν δικαιούνται σύνταξη αναπηρίας ή γήρατος λόγω ελλείψεως χρονικών προϋποθέσεων από τον ασφαλιστικό τους φορέα.

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΘΕΜΕΛΙΩΣΗ ΤΟΥ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΟΣ

1. **Βεβαίωση από ΟΙΚΟ ΝΑΥΤΟΥ** για τους έμμεσα ασφαλισμένους στο εν λόγω ταμείο, αν ο επιδοτούμενος ΔΙΚΑΙΟΥΤΑΙ το επίδομα οικογ. Νοσηλείας ή οποιοδήποτε άλλο επίδομα για την αναπηρία του.
2. **Έντυπο του ΟΓΑ στο οποίο να φαίνεται ότι ο ενδιαφερόμενος είναι συνταξιούχος Υπερήλικας.**
3. **Βεβαίωση από τον αντίστοιχο ασφαλιστικό φορέα** εάν ο επιδοτούμενος είναι τέκνο ανεξαρτήτου ηλικίας και θεμελιώνει δικαίωμα συνταξιοδότησης, (μέρισμα) λόγω θανάτου πατέρα, με το αντίστοιχο ποσό της σύνταξης προκειμένου να εξετασθεί εάν δικαιούται το επίδομα.
4. **Φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας** επιδοτούμενου, με επίδειξη των πρωτοτύπων ταυτοτήτων..
5. **Προσκόμιση του βιβλιαρίου ασθενείας και φωτοτυπίες από αυτό την σελίδα της φωτογραφίας και την σελίδα που βρίσκεται η τελευταία θεώρηση**). **ΠΡΟΣΟΧΗ:** για τους έμμεσα ασφαλισμένους του ΙΚΑ η τελευταία θεώρηση δεν είναι η τελευταία σελίδα του βιβλιαρίου ασθενείας. Για δε τους έμμεσα ασφαλισμένους από συνταξιούχους του δημοσίου το εκκαθαριστικό σημείωμα από το Γενικό Λογιστήριο του Κράτους που λαμβάνουν κάθε τρεις μήνες ισχύει και για θεώρηση βιβλιαρίου ασθενείας. Στη περίπτωση που υπάρχει θεώρηση μόνο στο βιβλιάριο του άμεσα ασφαλισμένου προσκομίζετε και αυτό με τις αντίστοιχες φωτοτυπίες.
6. **Έντυπο όπου να αναγράφεται το ΑΜΚΑ του δικαιούχου.**
7. **Αντίγραφο της αίτησης που έχετε καταθέσει στο ΚΕΠΑ (με τον αριθμό πρωτοκόλλου).**
8. **Λογαριασμούς ΔΕΗ και ΟΤΕ πρόσφατους.**
9. **Μισθωτήριο συμβόλαιο, πάντα θεωρημένο από την εφορία.**
10. **Βεβαίωση από το ΤΕΒΕ _____** ότι δεν δικαιούσθε σύνταξη αναπηρίας ή γήρατος λόγω έλλειψης ασφαλιστικών προϋποθέσεων, για να μπορέσει να επιδοτηθεί από την Δ/ση Κοινωνικής Προστασίας Σαλαμίνας.
11. Στην περίπτωση που φιλοξενείσθε θα πρέπει να φέρετε υπεύθυνη δήλωση με θεωρημένο το γνήσιο υπογραφής από την αστυνομία του προσώπου που σας φιλοξενεί όπου θα δηλώνει ότι σας φιλοξενεί στην συγκεκριμένη διεύθυνση.
12. Επίσημο έγγραφο βάσει του οποίου αποδεικνύεται ποιος από τους δύο γονείς έχει την επιμέλεια του ανήλικου τέκνου.
13. Διαζευκτήριο.

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ:

- Για περισσότερες πληροφορίες : **Δήμος Σαλαμίνας**
Δ/ση Κοινωνικής Προστασίας, Παιδείας και Πολιτισμού
Τηλ.: 213 2027 - 581, 582, 580

ΠΡΟΣΟΧΗ

ΔΕΝ ΘΑ ΓΙΝΕΤΑΙ ΚΑΜΙΑ ΣΥΝΑΛΛΑΓΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΠΟΛΙΤΕΣ ΑΝ ΔΕΝ ΠΡΟΣΚΟΜΙΖΕΤΑΙ Η ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΕΠΙΔΟΤΟΥΜΕΝΟΥ.