

Επίδομα Απροστάτευτων παιδιών

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Δικαιούχοι:

Χορήγηση μηνιαίου επιδόματος 44,02€ σε παιδιά μέχρι 16 ετών που ζουν με την οικογένειά τους και στερούνται πατρικής προστασίας λόγω: θανάτου, αναπηρίας (67% και άνω), εισαγωγή του πατέρα σε ειδικό ίδρυμα ψυχικών και διανοητικά πασχόντων ατόμων ή σε θεραπευτήριο, εγκατάλειψης, φυλάκισης πέραν των τριών μηνών, στράτευσης ή παιδιά εκτός γάμου.

Το οικογενειακό εισόδημα δεν θα πρέπει να υπερβαίνει για οικογένεια μέχρι τριών μελών το ποσό των 234,78€ το μήνα που αυξάνεται για κάθε επιπλέον μέλος κατά 20,54€ και γενικώς να μην υπερβαίνει το όριο που καθορίζεται κάθε φορά με προεδρικό διάταγμα.

Απαιτούμενα δικαιολογητικά:

1. Αίτηση του ενδιαφερόμενου.
2. Ανάλογα με την αιτία:
 - α) Ληξιαρχική πράξη θανάτου του πατέρα.
 - β) Πιστοποιητικό αναπηρίας του πατέρα (Γνωμάτευση Επιτροπής ΚΕ.Π.Α. με ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω και το χρονικό διάστημα αναπηρίας).
 - γ) Βεβαίωση νοσηλείας από το ειδικό ίδρυμα ή θεραπευτήριο όταν ο πατέρας νοσηλεύεται για ανίατα ψυχικά νοσήματα ή βαρείες διανοητικές καθυστερήσεις.
 - δ) Διαζευκτήριο με τη σχετική απόφαση Δικαστηρίου επιμέλειας των ανηλίκων ή Απόφαση Δικαστηρίου για λύση του γάμου και την επιμέλεια των παιδιών (σε περίπτωση διάζευξης).
 - ε) Απόφαση Δικαστηρίου για ασφαλιστικά μέτρα και για την επιμέλεια των παιδιών και αντίγραφο αίτησης για αγωγή διαζυγίου (σε περίπτωση διάστασης).
 - στ) Βεβαίωση από τη στρατιωτική μονάδα όπου υπηρετεί (με πιθανή ημερομηνία απόλυσης).
 - ζ) Βεβαίωση Φυλακών (με πιθανή ημερομηνία αποφυλάκισης).
3. Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας.
4. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.
5. Πιστοποιητικά γέννησης των παιδιών.
6. Βεβαιώσεις φοίτησης στο σχολείο
7. Α.Μ.Κ.Α. του αιτούντος και των παιδιών και Α.Φ.Μ. των παιδιών.
8. Αντίγραφο εκκαθαριστικού σημειώματος του αιτούντος και των ενηλίκων συνοικούντων (εφόσον υπάρχουν).
9. Υπεύθυνη Δήλωση του νόμου 1599/1986 με το ποσό διατροφής που καταβάλλει ο υπόχρεος (σε περίπτωση διάζευξης ή διάστασης).
10. Βεβαίωση από τράπεζα στην οποία θα αναγράφεται η μηνιαία δόση για όσους διαμένουν σε ιδιόκτητη πρώτη κατοικία που απέκτησαν με στεγαστικό δάνειο.
11. Απόδειξη ενοικίου και αντίγραφο του συμφωνητικού μίσθωσης κατοικίας θεωρημένο από την Εφορία για τους διαμένοντες σε μισθωμένη κατοικία.
12. Σε ισχύ κάρτα ανεργίας ΟΑΕΔ (του αιτούντος και των ενηλίκων συνοικούντων σε περίπτωση που είναι άνεργοι).
13. Βεβαίωση του ΟΓΑ ότι δε λαμβάνεται επίδομα τέκνων.
14. Υπεύθυνη Δήλωση του νόμου 1599/1986 (χορηγείται από την υπηρεσία) στην οποία θα αναφέρεται ότι το επίδομα θα χρησιμοποιείται για τις ανάγκες των παιδιών. Ο αιτών υποχρεούται να ενημερώνει την Υπηρεσία για οποιαδήποτε μεταβολή (οικογενειακή ή οικονομική, αλλαγή τόπου κατοικίας, απουσία στο εξωτερικό κλπ.), δεν υποβλήθηκαν δικαιολογητικά για επιδότηση των παιδιών σε άλλη υπηρεσία Πρόνοιας και τα συνοικούντα άτομα ονομαστικά.
15. IBAN λογαριασμού τραπεζής η ταχυδρομείου με πρώτο δικαιούχο το τέκνο.

Περισσότερες πληροφορίες:

Δ/ση Πρόνοιας Δήμου Σαλαμίνας, δ/ση Αναπαύσεως και Αιαντείου

Τηλέφωνα επικοινωνίας 213-2027580 έως 582.