



## ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

[Άρθρο 8Ν. 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}	ΔΗΜΟ ΣΑΛΑΜΙΝΑΣ_ Δ/ΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ, ΠΑΙΔΕΙΑΣ & ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ		
Ο-Η ΟΝΟΜΑ		ΕΠΩΝΥΜΟ	
ΟΝΟΜΑ ΚΑΙ ΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ			
ΟΝΟΜΑ ΚΑΙ ΕΠΩΝΥΜΟ ΜΗΤΕΡΑΣ			
ΗΜΕΡ/ΝΙΑ {2} ΓΕΝΝΗΣΗΣ			
ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ			
ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ	ΤΗΛΕΦΩΝΟ		
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ		TAX. ΚΩΔΙΚΟΣ	
ΟΔΟΣ		ΑΡΙΘΜΟΣ	

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

1. Τα χρήματα θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τις ανάγκες μου.
2. Είμαι ανασφάλιστη/ος - άμεσα ασφαλισμένη/ος - έμμεσα ασφαλισμένη/ος, (διαγράψτε τις δύο περιπτώσεις που δεν ανήκει και σημειώστε το ασφαλιστικό ταμείο)\_\_\_\_\_.
3. Συντηρούμαι από \_\_\_\_\_.
4. Το παλιό μου επάγγελμα ήταν \_\_\_\_\_  
(συγκεκριμένα αναφέρατε τη συνολική διάρκεια εργασίας σας, από πότε έως πότε, σε ποια ασφαλιστικά ταμεία έχετε προϋπηρεσία και πόση περίπου σε ημέρες. **Επίσης να αναφέρετε εάν έχετε οφειλές σε κάποιο ασφαλιστικό ταμείο, σε ποιο και πόσες οφειλές σε χρονική διάρκεια και όχι σε ποσό**)
5. Το αντίγραφο φορολογικής δήλωσης του οικον. έτους \_\_\_\_\_ είναι ακριβές φωτοαντίγραφο του πρωτοτύπου που κατέθεσα στην εφορία που ανήκω.
6. Υπεύθυνος για την είσπραξη του επιδόματός θα είμαι/είναι \_\_\_\_\_
7. **Αναλαμβάνω την υποχρέωση να ειδοποιήσω αμέσως την υπηρεσία σας για οποιαδήποτε μεταβολή συμβεί, όπως:**
  - 7.1 Έναρξη εργασίας, ακόμη και μέσω ΟΑΕΔ με τα προγράμματα για τα άτομα με ειδικές ανάγκες.
  - 7.2 Θάνατο συζύγου ή γονέα, επειδή θεμελιώνω δικαίωμα συνταξιοδότησης από μεταβίβαση.
  - 7.3 Αλλαγή κατοικίας.
  - 7.4 Εισαγωγή μου σε Δημόσιο Ίδρυμα, Νοσοκομείο ή φυλακή.
  - 7.5 Αλλαγή αστυνομικής μου ταυτότητας.
  - 7.6 Μετοίκηση στο εξωτερικό.
8. Δεν λαμβάνω ούτε δικαιούμαι να λάβω καμία άλλη οικονομική ενίσχυση ή σύνταξη λόγω της αναπηρίας μου από ασφαλιστικό φορέα ή οποιαδήποτε άλλη πηγή της Ελλάδος ή του εξωτερικού.
9. Δεν εκκρεμεί καμία αίτησή μου σε ασφαλιστικό φορέα ή υπόθεσή μου σε δικαστήριο για σύνταξη αναπηρίας.
10. Δεν λαμβάνω ούτε δικαιούμαι να λάβω καμία σύνταξη ή μέρος σύνταξης ως ανήλικο τέκνο ή άγαμη θυγατέρα ή ως διαζευγμένη ανίκανη ορφανή θυγατέρα.
11. Δεν φέρομαι γραμμένη/ος στον Κλάδο Κύριας Ασφάλισης του ΟΓΑ και σε περίπτωση που πρόκειται να εγγραφώ θα ενημερώσω την Υπηρεσία σας πριν προβεί στην εγγραφή μου.
12. **Επίσης γνωρίζω ότι πρέπει να ενημερώσω άμεσα την Υπηρεσία σας:**
  - 12.1 Σε περίπτωση που υποβληθώ σε μεταμόσχευση νεφρού και λαμβάνω το επίδομα ως νεφροπαθής τελικού σταδίου.

**12.2.** Σε περίπτωση που κατά τη διάρκεια της επιδότησής μου λάβω επίδομα Οικογενειακής Νοσηλείας από τον Οίκο Ναύτου.

**12.3.** Σε περίπτωση που αλλάξω κατοικία και μείνω σε περιοχή αρμοδιότητας άλλου Δήμου, με αίτησή μου να ζητήσω την μεταφορά του φακέλου του.

**13.** Δηλώνω επίσης ότι γνωρίζω πως,

**13.1.** Η αδικαιολόγητη μη είσπραξη του επιδόματός μου επί μακρόν συνεπάγεται την διακοπή της επιδότησής μου.

**13.2.** Σε περίπτωση που η Υπηρεσία σας μου ζητήσει πρόσθετα δικαιολογητικά για την θεμελίωση του δικαιώματός μου για χορήγηση του επιδόματος ή λόγω αναθεώρησης του δικαιώματος αυτού και δεν τα προσκομίσω θα διακοπεί η επιδότησή του.

**13.3** Σε περίπτωση που δεν ενημερώσω την υπηρεσία σας για μεταβολή που συνεπάγεται διακοπή του επιδόματός μου θα επιστρέψω όσα χρήματα έχω λάβει αχρεωστήτως για λογαριασμό μου, (χωρίς να τα δικαιούμαι) από την ημερομηνία της μεταβολής.

**14.** Δε θεμελιώνω δικαίωμα συνταξιοδότησης από δική μου εργασία, λόγω αναπηρίας ή γήρατος από κανένα ασφαλιστικό οργανισμό της Ελλάδας ή του εξωτερικού.

**15.** Οι φωτοτυπίες που υποβάλλω είναι ακριβή αντίγραφα από τα πρωτότυπα

**16.** Γνωρίζω ότι η Υπηρεσία του Τομέα Κοινωνικής Αλληλεγγύης του Δήμου Σαλαμίνας σε περίπτωση που από την παρούσα υπεύθυνη δήλωση δεν προκύπτει σαφώς το ασφαλιστικό του καθεστώσ αλλά και σε περίπτωση αμφιβολιών, μπορεί σύμφωνα με το άρθρο 8, παρ. 4 του Ν. 1599/1986 να ελέγχει με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (ασφαλιστικών φορέων) την ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται στη δήλωσή μου.

**16.** Επίσης γνωρίζω ότι το Σώμα Επιθεωρητών Υγείας – Πρόνοιας έχει αρμοδιότητα ελέγχου και καταλογισμού τυχόν ευθυνών στην περίπτωση ψευδών δηλώσεων ή ανακριβών στοιχείων.

ημερομηνία \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Ο-Η Δηλ

**Πριν υπογράψετε, διαβάστε με προσοχή το περιεχόμενο της δήλωσης**

[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 τρίτο 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.

## ΠΡΟΣΟΧΗ

5. Στην περίπτωση που ο/η επιδοτούμενος είναι νεφροπαθής τελικού σταδίου και υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση, οφείλει να δηλώσει επίσης ότι σε περίπτωση που κάνει μεταμόσχευση νεφρού οφείλει να ενημερώσει την Υπηρεσία μας.

6. Στην περίπτωση που ο/η επιδοτούμενος είναι έμμεσα ασφαλισμένος στον Οίκο Ναύτου και έχει προσκομίσει βεβαίωση ότι δεν δικαιούται να λαμβάνει για την αναπηρία του επίδομα Οικογενειακής Νοσηλείας, οφείλει επίσης να δηλώσει την περίπτωση που κατά τη διάρκεια της επιδοτήσεώς του από το πρόγραμμα Βαριάς Αναπηρίας πάρει το εν λόγω επίδομα από τον Οίκο Ναύτου.