

Επίδομα Τυφλότητας

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Απαιτούμενα δικαιολογητικά:

1. Αίτηση του ενδιαφερομένου.
2. Γνωμάτευση ΚΕ.Π.Α. όπου θα πιστοποιείται η τυφλότητα με ποσοστό αναπηρίας από 80% και άνω και η οπτική οξύτητα και στα δύο μάτια να είναι μικρότερη του ενός εικοστού (1/20) και αντίγραφο αίτησης κατάθεσης στα ΚΕΠΑ
3. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.
4. Υπεύθυνη δήλωση δικαιούχου και συνδικαιούχου του Ν.1599 / 86, οι οποίες δίδονται από την Υπηρεσία.
5. Φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας του επιδοτούμενου καθώς και του διαχειριστή.
6. Απόκομμα σύνταξης (εάν παίρνει).
7. ΑΜΚΑ δικαιούχου και διαχειριστή επιδόματος.
8. Φωτοαντίγραφο εκκαθαριστικού φορολογικής δήλωσης.
9. Φωτοτυπία πρώτης σελίδας βιβλιαρίου λογ/σμού πληρωμής που τηρείται σε Τράπεζα ή ΕΛ.ΤΑ.
10. Φωτοτυπία βιβλιαρίου ασθένειας.

Σημειώσεις:

1. Το επίδομα καταβάλλεται κάθε δίμηνο.
2. Το αντίστοιχο μηνιαίο επίδομα ανά κατηγορία καθορίζεται στο ΦΕΚ 931/21-5-2008 τΒ'.
3. Σας γνωρίζουμε ότι η Υπηρεσία μας δύναται να αναζητήσει το υπ' αριθ. (3) πιστοποιητικό εφ' όσον το επιθυμείτε.

Περισσότερες πληροφορίες:

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

Τηλέφωνα επικοινωνίας 213-2027580 έως 582.