

Επίδομα Πασχόντων από AIDS

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Απαιτούμενα δικαιολογητικά:

1. Γνωμάτευση Αποτελέσματος Πιστοποίησης Αναπηρίας Κ.Ε.Π.Α
2. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης,.
3. Υπεύθυνη δήλωση του Ν.1599/1986 θεωρημένη για το γνήσιο της υπογραφής όπου θα δηλώνονται:
 - ο Ο διαχειριστής του επιδόματος.
 - ο Η υποχρέωσή του να ενημερώνει την Υπηρεσία σε περίπτωση αλλαγής διεύθυνσης ή οποιασδήποτε μεταβολής.
 - ο Το επίδομα θα χρησιμοποιηθεί μόνο για τις ανάγκες του επιδοτούμενου ατόμου.
 - ο Η ασφάλεια του αναπήρου, η μόνιμη κατοικία του και η παρούσα σύνθεση της οικογένειάς τους.
4. Φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας του επιδοτούμενου καθώς και του συνδικαιούχου.
5. Φωτοαντίγραφο εκκαθαριστικού φορολογικής δήλωσης δικαιούχου.
6. Α.Μ.Κ.Α. δικαιούχου και υπεύθυνου συνδικαιούχου.
7. Φωτοαντίγραφο βιβλιαρίου τραπεζής (πρώτη σελίδα), ή καρτέλας ΕΛΤΑ, με πρώτο όνομα του δικαιούχου, στοιχεία και IBAN.

Σημειώσεις:

1. Το επίδομα χορηγείται ανά δίμηνο.
2. Το αντίστοιχο μηνιαίο επίδομα ανά κατηγορία καθορίζεται στο ΦΕΚ 931/21-5-2008 τΒ'.

Περισσότερες πληροφορίες:

Δ/ση Κοινωνικής Προστασίας, Παιδείας & Πολιτισμού, δ/ση Αναπαύσεως & Αιαντείου

Τηλέφωνα επικοινωνίας 213-2027580 έως 582