



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(άρθρο 8 Ν.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)

ΑΙΤΩΝ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΣ

ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :	ΟΠΕΚΑ								
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:					
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:									
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:									
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :									
Τόπος Γέννησης:									
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:					
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:		TK:	
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):					
ΑΜΚΑ				ΑΦΜ					

ΝΟΜΙΜΟΣ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ ΑΙΤΟΥΝΤΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ

ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :	ΟΠΕΚΑ								
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:					
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:									
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:									
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :									
Τόπος Γέννησης:									
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:					
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:		TK:	
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):					
ΑΜΚΑ				ΑΦΜ					

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

A) τα δηλωθέντα στοιχεία, στην με αριθ. πρωτ. πλήρη και ακριβή.

Αίτηση στο Κέντρο Κοινότητας για προνοιακή αναπηρική παροχή είναι αληθή,

Ημερομηνία: 20
Ο – Η Δηλ.

(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 τρίτον 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.

Β) εφόσον εγκριθεί η ανωτέρω αίτηση:

α) η οικονομική ενίσχυση θα χρησιμοποιηθεί για τις ανάγκες του δικαιούχου αναπήρου, (για νόμιμο εκπρόσωπο- υπεύθυνο είσπραξης)

β) **αναλαμβάνω την υποχρέωση να ενημερώσω αμέσως την αρμόδια υπηρεσία του ΟΠΕΚΑ**, για οποιαδήποτε μεταβολή των στοιχείων που δηλώθηκαν και των στοιχείων που αποτυπώνονται στα προσκομισθέντα δικαιολογητικά, που είναι δυνατόν να επηρεάσουν, είτε θετικά είτε αρνητικά, το θεμελιωμένο δικαίωμά και ειδικότερα σε περίπτωση:

1) μεταβολής της διεύθυνσης κατοικίας ή/και των στοιχείων επικοινωνίας (e-mail, αριθμός κινητού τηλεφώνου),

2) απουσίας για χρονικό διάστημα άνω των 6 μηνών ή μετοίκησης στο εξωτερικό, και (σύμφωνα με τα επιλεγμένα αιτούμενα επιδόματα)

το διατροφικό επίδομα

α) λήψης διατροφικού επιδόματος από οποιοδήποτε φορέα του εσωτερικού ή του εξωτερικού

το επίδομα κίνησης

α) λήψης οικονομικής ενίσχυσης για την ίδια αιτία από οποιοδήποτε φορέα του εσωτερικού ή του εξωτερικού

β) περίθαλψης σε νοσηλευτικό ίδρυμα ή παραμονής εσωτερικά σε προνοιακή δομή, για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο του 3μήνου.

γ) απουσίας για χρονικό διάστημα άνω των 4 μηνών ή μετοίκησης στο εξωτερικό,

οικονομική ενίσχυση ατόμων με βαριά αναπηρία

α) εισαγωγής σε Δημόσιο νοσηλευτικό ή προνοιακό Ίδρυμα αντίστοιχα για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο του τριμήνου για περίθαλψη με δαπάνες του Δημοσίου, ως εσωτερικός ασθενής ή τρόφιμος,

β) υπαγωγής στην ασφάλιση (άμεσα ασφαλισμένος) λόγω άσκησης, μη εξαιρούμενης σύμφωνα με το νομοθετικό πλαίσιο, μισθωτής ή μη μισθωτής δραστηριότητας,

γ) συνταξιοδότησης από οποιαδήποτε φορέα του εσωτερικού ή του εξωτερικού,

δ) λήψης οικονομικής ενίσχυσης αναπηρίας από οποιοδήποτε φορέα του εσωτερικού ή του εξωτερικού, ποσού ίσου ή μεγαλύτερου της οικονομικής ενίσχυσης λόγω βαριάς αναπηρίας που χορηγεί ο ΟΠΕΚΑ,

Για οικονομική ενίσχυση ατόμων με βαριά νοητική υστέρηση

α) Νοσηλείας σε νοσηλευτικό Ίδρυμα ή κλινική ή παραμονής ως εσωτερικός σε ίδρυμα (ΝΠΔΔ, ΝΠΙΔ, κλπ) ή ιδιωτικό φορέα και τη δαπάνη νοσηλείας ή περίθαλψης βαρύνει τον ασφαλιστικό φορέα

β) λήψης οικονομικής ενίσχυσης ή σύνταξης για την ίδια αιτία άμεσα ή έμμεσα από οποιοδήποτε φορέα του εσωτερικού ή του εξωτερικού, μεγαλύτερης των 360€

οικονομική ενίσχυση παραπληγικών, τετραπληγικών και ακρωτηριασμένων ανασφάλιστων και ασφαλισμένων Δημοσίου

α) περίθαλψης σε προνοιακή δομή κλειστής φροντίδας

β) λήψης οικονομικής ενίσχυσης για την ίδια αιτία από οποιαδήποτε πηγή της ημεδαπής ή αλλοδαπής

γ) λήψης εξωιδρυματικού επιδόματος παραπληγίας –τετραπληγίας από φορέα κοινωνικής ασφάλισης

δ) υπαγωγής στην κοινωνική ασφάλιση (άμεσα ή έμμεσα) και σε περίπτωση άμεσης ασφάλισης το είδος της ασφαλιστέας μισθωτής ή μισθωτής δραστηριότητας ή της ιδιότητας για την οποία ασφαλιζεται

ε) συνταξιοδότησής μου από τον ΕΦΚΑ (έναρξη και είδος σύνταξης π.χ αναπηρίας, χηρείας κ.λπ)

οικονομική ενίσχυση κωφών και βαρήκων ατόμων

α) λήψης οικονομικής ενίσχυσης για την ίδια αιτία από οποιοδήποτε πηγή του εσωτερικού ή του εξωτερικού ίσης ή μεγαλύτερης της οικονομικής ενίσχυσης λόγω κώφωσης – βαρηκοΐας που χορηγεί ο ΟΠΕΚΑ,

β) λήψης πτυχίου ή διακοπής της φοίτησής μου σε σχολεία, κατώτερες, μέσες ή ανώτερες τεχνικές ή επαγγελματικές σχολές ή σε σχολές του ΟΑΕΔ ή σε ανώτερα ή ανώτατα εκπαιδευτικά ιδρύματα ή σε μονάδες επαγγελματικής κατάρτισης κ.λ.π.

Για οικονομική ενίσχυση ατόμων με συγγενή αιμολυτική αναιμία (μεσογειακή -δρεπανοκυτταρική -μικροδρεπανοκυτταρική κ.λπ.) ή συγγενή αιμορραγική διάθεση (αιμορροφιλία)

α) λήψης οικονομικής ενίσχυσης για την ίδια αιτία από οποιοδήποτε φορέα του εσωτερικού ή του εξωτερικού

οικονομική ενίσχυση ατόμων με αναπηρία όρασης

α) λήψης οικονομικής ενίσχυσης για την ίδια αιτία από οποιοδήποτε φορέα της ημεδαπής ή αλλοδαπής,

β) υπαγωγής στην ασφάλιση λόγω άσκησης μισθωτής ή μη μισθωτής δραστηριότητας,

γ) συνταξιοδότησης από οποιαδήποτε φορέα του εσωτερικού ή του εξωτερικού,

δ) διακοπής εργασίας,

Ημερομηνία: 20

Ο – Η Δηλ.

(Υπογραφή)

Για οικονομική ενίσχυση ατόμων με εγκεφαλική παράλυση

α) λήψης οικονομικής ενίσχυσης ή σύνταξης άμεσα ή έμμεσα για την ίδια αιτία από οποιοδήποτε φορέα της ημεδαπής ή αλλοδαπής,
β) Περίθαλψης ως εσωτερικός σε νομίμως αδειοδοτούμενα ιδρύματα (ΝΠΔΔ, ΝΠΙΔ, κλπ) και τη δαπάνη της περίθαλψης την καταβάλλει το Κράτος ή Ασφαλιστικός οργανισμός ή ΝΠΔΔ ή ΝΠΙΔ κλπ επιχορηγούμενο από το Κράτος
γ) Νοσηλείας σε νοσοκομείο, κλινική κλπ για διάστημα μεγαλύτερο των 2 μηνών το χρόνο και η δαπάνη δεν καλύπτεται από την οικογένειά

Γ) για την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και για τον έλεγχο και την επαλήθευση στοιχείων που αφορούν στον αιτούντα και στον τυχόν νόμιμο εκπρόσωπο του, μέσω ηλεκτρονικών διασταυρώσεων με άλλες ψηφιακές βάσεις δεδομένων του ευρύτερου δημοσίου τομέα, κατ' εφαρμογή των διατάξεων της παραγράφου 4 του άρθρου 4 του ν.4520/2018, για τους σκοπούς εφαρμογής του νομοθετικού πλαισίου που ρυθμίζει τη θεμελίωση και διατήρηση του δικαιώματος σε παροχή και για την συλλογή στατιστικών δεδομένων απαραίτητων για την χάραξη δημόσιας πολιτικής.

Ημερομηνία: 20

Ο – Η Δηλ.

(Υπογραφή)