



**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**  
**(άρθρο 8 Ν.1559/1986 & άρθρο 3§3 Ν.2690/1999)**

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8§4 Ν.1599/1986)

<b>Προς<sup>(1)</sup> :</b>		<b>ΔΗΜΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Δ/ΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ &amp; ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ</b> <b>ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΝΟΙΑΚΩΝ ΕΠΙΔΟΜΑΤΩΝ</b>					
Ο-Η ΟΝΟΜΑ		ΕΠΩΝΥΜΟ					
ΟΝΟΜΑ ΚΑΙ ΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ							
ΟΝΟΜΑ ΚΑΙ ΕΠΩΝΥΜΟ ΜΗΤΕΡΑΣ							
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ <sup>(2)</sup>							
ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ							
ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ			ΤΗΛΕΦΩΝΟ				
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΔΗΜΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ		ΟΔΟΣ		ΑΡΙΘΜΟΣ		ΤΚ	
Δ/ΝΣΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΥ ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ (email)				ΦΑΞ			

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

- Α)** 1 Είμαι **έμμεσα ασφαλισμένος/η** στ..... από τον/την..... του ..... , δεν ήμουν εγγεγραμμένος σε κανένα ασφαλιστικό φορέα της ημεδαπής ή της αλλοδαπής και δεν εργάζομαι.  
 2 Είμαι άμεσα ασφαλισμένος/η στον **ΟΓΑ ως ανασφάλιστος υπερήλικας**.  
 3 Είμαι άμεσα ασφαλισμένος/η **στο ΙΚΑ μέσω ΟΑΕΔ ως άνεργος/η** και δε λαμβάνω καμία παροχή σε χρήμα.  
 4 Είμαι/Ήμουν **άμεσα ασφαλισμένος/η** στ..... **με απορριπτική απόφαση** του ασφαλιστικού φορέα μου.

**Β)** Η παρεχόμενη οικονομική ενίσχυση θα χρησιμοποιηθεί για τις ανάγκες μου.

- Γ)** 1.α **Δεν εισπράττω άμεσα ούτε έμμεσα σύνταξη ή επίδομα ή άλλη οικονομική ενίσχυση** για την ίδια πάθηση ή άλλη αιτία ή άλλη αναπηρία από οποιοδήποτε φορέα ή από οποιαδήποτε άλλη πηγή της ημεδαπής ή αλλοδαπής.  
 'Η 1.β **Εισπράττω από τ.. ..... ως ..... το ποσό των €.....**  
 2 **Δε θεμελιώνω δικαίωμα συνταξιοδότησης από δική μου εργασία λόγω γήρατος ή αναπηρίας ή εκ μεταβιβάσεως, χηρείας, ορφανική κλπ** από κανένα ασφαλιστικό οργανισμό της ημεδαπής ή της αλλοδαπής.  
 3 **Δεν εκκρεμεί καμία αίτησή μου σε ασφαλιστικό φορέα ή υπόθεσή μου σε δικαστήριο για σύνταξη γήρατος ή αναπηρίας.**

**Δ)** **Αναλαμβάνω την υποχρέωση να γνωστοποιήσω αμέσως στην Υπηρεσία (Πρόνοια) οποιαδήποτε μεταβολή που αφορά το πρόσωπο μου:** ανάληψη εργασίας, αλλαγή της ασφαλιστικής μου κατάστασης, λήψη σύνταξης άμεσα, έμμεσα ή εκ μεταβιβάσεως ή επιδόματος για την ίδια πάθηση ή άλλη αναπηρία ή άλλη οικονομική ενίσχυσης άμεσα ή έμμεσα ή εκ μεταβιβάσεως από οποιαδήποτε πηγή, της ημεδαπής ή αλλοδαπής, αλλαγή διεύθυνσης κατοικίας, μετοίκηση σε άλλο Δήμο ή Νομό ή στο εξωτερικό, παραμονή σε ίδρυμα για διάστημα μεγαλύτερο των τριών μηνών, σε κατάσταση κράτησης, αλλαγή τηλεφώνου και κάθε μεταβολή των προσωπικών μου στοιχείων ή των στοιχείων μου επικοινωνίας. **Επίσης, αναλαμβάνω την οποιαδήποτε ευθύνη που θα προκύψει έναντι της Υπηρεσίας για τη μη γνωστοποίηση κάποιων εκ των ανωτέρω αναφερομένων. Σε περίπτωση που δεν ισχύει οποιοδήποτε από τα ανωτέρω ή επέλθει μεταβολή σε οποιοδήποτε από τα ανωτέρω αναλαμβάνω την υποχρέωση να επιστρέψω το σύνολο του αχρεωστήτως ληφθέντος ποσού που έλαβα με τρόπο που θα μου επιδειχθεί από την Υπηρεσία.**

**Ε)** **Αναλαμβάνω την υποχρέωση να προσκομίσω κάθε δικαιολογητικό που θα μου ζητηθεί από την Υπηρεσία.**

**ΣΤ)** Το επίδομα θα το **εισπράττω εγώ** ο ίδιος/η ίδια ή ο/η εξουσιοδοτημένος/η από εμένα.

**Ζ)** Τα **φωτοαντίγραφα** που έχω καταθέσει είναι **ακριβή αντίγραφα** των πρωτοτύπων.

**ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ:** Εξουσιοδοτώ τον/την ..... του ..... με Α.Δ.Τ. .... να εισπράττει αντί για εμένα το επίδομα Βαριάς Αναπηρίας που λαμβάνω από την Υπηρεσία σας επειδή η αναπηρία μου **δε μου επιτρέπει να το εισπράττω εγώ.**

**Η Υπεύθυνη Δήλωση θα πρέπει να θεωρείται για το ννήσιο της υπογραφής από την Αστυνομία ή από Δημόσια Υπηρεσία.**

- Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.
- Αναγράφεται ολογράφως.
- «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.
- Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου, η δήλωση συνεχίζεται σε άλλο κατάλληλο σημείο του εντύπου της αίτησης-υπεύθυνης δήλωσης και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.

Θεσσαλονίκη, ...../...../20.....  
Ο Δηλών/Η Δηλούσα

( Υπογραφή)