



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)

Προς⁽¹⁾ :

**ΔΗΜΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Δ/ΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ & ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΝΟΙΑΚΩΝ ΕΠΙΔΟΜΑΤΩΝ**

Ο-Η ΟΝΟΜΑ	ΕΠΩΝΥΜΟ	
ΟΝΟΜΑ ΚΑΙ ΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ		
ΟΝΟΜΑ ΚΑΙ ΕΠΩΝΥΜΟ ΜΗΤΕΡΑΣ		
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ⁽²⁾		
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⁽³⁾, που προβλέπονται από της διατάξεις του άρθρου 22§6 Ν.1599/1986, δηλώνω ότι το επιδοτούμενο άτομο:

- A)**
- Είναι **έμμεσα ασφαλισμένος/η** στ..... από τον/την..... του , δεν ήταν εγγεγραμμένος σε κανένα ασφαλιστικό φορέα της ημεδαπής ή της αλλοδαπής και δεν εργάζεται.
 - Είναι άμεσα ασφαλισμένος/η στον **ΟΓΑ ως ανασφάλιστος υπερήλικας.**
 - Είναι άμεσα ασφαλισμένος/η **στο ΙΚΑ μέσω ΟΑΕΔ ως άνεργος/η** και δε λαμβάνει καμία παροχή σε χρήμα.
 - Είναι/Ήταν **άμεσα ασφαλισμένος/η** στ..... **με απορριπτική απόφαση** του ασφαλιστικού φορέα του.

B) Η παρεχόμενη οικονομική ενίσχυση θα χρησιμοποιηθεί για τις ανάγκες του.

- Γ)**
- Δεν εισπράττει 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.
 - Εισπράττει από τ..... ως το ποσό των €.....**
 - Δε θεμελιώνει δικαίωμα συνταξιοδότησης από δική του εργασία λόγω γήρατος ή αναπηρίας ή εκ μεταβιβάσεως, χηρείας, ορφανική κλπ** από κανένα ασφαλιστικό οργανισμό της ημεδαπής ή της αλλοδαπής.
 - Δεν εκκρεμεί καμία αίτησή του σε ασφαλιστικό φορέα ή υπόθεσή του σε δικαστήριο για σύνταξη γήρατος ή αναπηρίας.**

Δ) **Αναλαμβάνω την υποχρέωση να γνωστοποιήσω αμέσως στην Υπηρεσία (Πρόνοια) οποιαδήποτε μεταβολή που αφορά το πρόσωπο του:** ανάληψη εργασίας, αλλαγή της ασφαλιστικής του 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 του στοιχείων ή των στοιχείων επικοινωνίας του. **Αναλαμβάνω την υποχρέωση να γνωστοποιήσω στην Υπηρεσία τυχόν θάνατο του/της δικαιούχου. 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 επειδή η αναπηρία του/της δικαιούχου δεν του επιτρέπει να το εισπράττει.**

Ζ) Τα **φωτοαντιγράφα** που έχω καταθέσει είναι **ακριβή αντιγράφα** των πρωτοτύπων.

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

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 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)