**ΕΠΙΔΟΜΑ ΑΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ**

**ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ**

Χορήγηση μηνιαίου χρηματικού επιδόματος 44,02€ σε παιδιά μέχρι 16 ετών που ζουν με την οικογένειά τους και στερούνται πατρικής προστασίας λόγω:

* Θανάτου
* Αναπηρίας (67% και άνω)
* Εισαγωγής του πατέρα σε ειδικό ίδρυμα ψυχικών και διανοητικά πασχόντων ατόμων ή σε θεραπευτήρια
* Εγκατάλειψης
* Φυλάκισης πέραν των τριών μηνών
* Στράτευσης
* Εκτός γάμου παιδιά

Το οικογενειακό εισόδημα δεν θα πρέπει να υπερβαίνει για οικογένεια μέχρι τριών μελών το ποσό των 234,78€ το μήνα που αυξάνεται για κάθε επιπλέον μέλος κατά 20,54€ και γενικώς να μην υπερβαίνει το όριο που καθορίζεται κάθε φορά με προεδρικό διάταγμα.

**Διαδικασία:**

1. Έλεγχος δικαιολογητικών.
2. Κοινωνική έρευνα.
3. Εγγραφή στο Μητρώο.
4. Απόφαση αναγνώρισης δικαιούχου.
5. Αποστολή αναγνωριστικής απόφασης.

**ΑΙΤΗΣΗ**

**ΠΡΟΣ ΤΟ ΔΗΜΟ ΔΡΑΜΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ**

**& ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΙΣΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΦΥΛΩΝ**

**Στοιχεία αιτούντος**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ο-Η Όνομα:  | Επώνυμο: | Όνομα Πατέρα: |
| Επώνυμο Πατέρα: | Όνομα Μητέρας: | Ημερομηνία γέννησης: |
| Αρίθ. Δελτ. Ταυτότητας: | Α.Φ.Μ.: |
| Τόπος κατοικίας: | Οδός: | Αρίθ. Τ.Κ.:   |
| Τηλέφωνο: | fax:  | E-mail: |

Παρακαλούμε να εξετάσετε το αίτημά μας με τα επισυναπτόμενα δικαιολογητικά για:

**Αίτημα:** Έγκριση χρηματικού βοηθήματος **Aπροστάτευτων παιδιών** / αύξηση / και μείωση.

 **Απαιτούμενα δικαιολογητικά:**

1) Αίτηση του ενδιαφερομένου.

2) Υπεύθυνη δήλωση του Ν.1599/86 στην οποία θα αναφέρεται η σύνθεση της οικογένειάς, η μόνιμη κατοικία, τα έσοδα όλων των μελών της οικογένειας, ότι η οικονομική ενίσχυση θα χρησιμοποιηθεί αποκλειστικά και μόνο για τις ανάγκες των παιδιών, κι ότι δεν έχω υποβάλει τα δικαιολογητικά για επιδότηση των παιδιών σε άλλο Δήμο. Δεν εισπράττω για τον ίδιο λόγο οικονομική ενίσχυση από άλλο φορέα της ημεδαπής ή αλλοδαπής ή διατροφή και υποχρεούμαι να ενημερώσω την υπηρεσία για οποιαδήποτε αλλαγή οικογενειακή ή οικονομική, αλλαγή τόπου κατοικίας, απουσία στο εξωτερικό, εργασία κ.λ.π (Το έντυπο της υπεύθυνης δήλωσης διατίθεται από την υπηρεσία μας).

3)Φωτοτυπία ταυτότητας του αιτούντος.

4) Ληξιαρχική πράξη θανάτου (Αυτεπάγγελτη αναζήτηση).

5) Βεβαίωση από τη στρατιωτική μονάδα όπου υπηρετεί, στην οποία θα αναγράφεται η πιθανή ημερομηνία απόλυσης.

6) Ιατρική γνωμάτευση από γιατρό κρατικού νοσοκομείου ή απόφαση πρωτοβάθμιας υγειονομικής επιτροπής ή απόφαση άλλου ασφαλιστικού φορέα, στην οποία θα αναγράφονται το ποσοστό αναπηρίας του πατέρα και το χρονικό διάστημα της αναπηρίας.

7) Βεβαίωση φυλακών (με πιθανή ημερομηνία αποφυλάκισης).

8) Πιστοποιητικό εγκατάλειψης :

α) Απόφαση διαζυγίου (επικυρωμένο αντίγραφο).

β) Απόφαση επιμέλειας των παιδιών (επικυρωμένο αντίγραφο).

γ) Απόφαση διατροφής (επικυρωμένο αντίγραφο).

9) Συμφωνητικό μίσθωσης και απόδειξη ενοικίου για τους διαμένοντες σε μισθωμένη κατοικία.

10) Εκκαθαριστικό Σημείωμα ή υπεύθυνη δήλωση περί μη υποβολής φορολογικής Δήλωσης - Βεβαίωση αποδοχών - απόκομμα σύνταξης, απόκομμα του ΟΓΑ για ορφανικό επίδομα.

11) Βεβαίωση από Τράπεζα στην οποία θα αναγράφεται η μηνιαία δόση για όσους διαμένουν σε ιδιόκτητη πρώτη κατοικία που απέκτησαν με στεγαστικό δάνειο για αγορά ή ανέγερση.

12) Σε περίπτωση απόλυσης την κάρτα ανεργίας και το βιβλιάριο ενσήμων του ΙΚΑ.

13) Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης (Αυτεπάγγελτη αναζήτηση).

14) Πιστοποιητικό γέννησης του προς επιδότηση ανήλικου παιδιού ή παιδιών (Αυτεπάγγελτη αναζήτηση).

15) Ληξιαρχική πράξη γέννησης ανηλίκου τέκνου (Αυτεπάγγελτη αναζήτηση).

16) Βεβαίωση απόδοσης Α.Φ.Μ. για τα προς επιδότηση ανήλικα παιδιά. (136 γραφείο Δ.Ο.Υ Δράμας).

17) ΑΜΚΑ παιδιού και γονέα.

18) ΙΒΑΝ Λογαριασμού ΕΛΤΑ ή Τράπεζας με πρώτο όνομα του προς επιδότηση παιδιού/παιδιών και δεύτερο του γονέα.

 Δράμα ………

Πληροφ: Τσουρουκίδης Νεόφυτος

Τηλεφ: 25213 51130

Fax : 25213 51126 O αιτών / η αιτούσα



 **Υ Π Ε Υ Θ Υ Ν Η Δ Η Λ Ω Σ Η**

(Άρθρο 8 Ν. 1599/1986 και άρθρο 3 παρ. 5 Ν. 2690/1999 ΦΕΚ 45 Τ.Α.)

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

**Π Ρ Ο Σ : (1) Δήμο Δράμας Τμήμα Κοινωνικής Πολιτικής και Πολιτικών Ισότητας των Φύλλων**

|  |
| --- |
| ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:  |
| Ο – Η Όνομα: |  | Επώνυμο: |  |
| Όνομα Πατέρα: |  | Επώνυμο: Πατέρα |  |
| Όνομα Μητέρας: |  | Επώνυμο: Μητέρας: |  |
| Αριθ. Δελτίου Ταυτότητας: |  | Α.Φ.Μ..: |  |
| Ημερομηνία γέννησης:(2) |  | Τόπος Γέννησης: |  |
| Τόπος Κατοικίας: |  | Οδός: |  | Αριθ. |  | Τ.Κ |  |
| Τηλέφωνο:  |  | (Fax): |  | Δ/νση Ηλεκτρ.Ταχυδρομείου (Email) |  |

**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:**

Είμαι ΑΜΕΑ, ή άγαμη μητέρα, ή χήρα, ή σε διάσταση, ή διαζευγμένη, ή γιαγιά που έχω την επιμέλεια των παιδιών -εγγονών μου.

Μένω μόνιμα στ….....................................................οδός ………………………………………………………… αριθμός………………………… Στο σπίτι μένουμε συνολικά (………) **άτομα** εγώ και ..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**Το μηνιαίο εισόδημα** της οικογένειάς μου ανέρχεται στα …………….**ευρώ** από ………………………………………………………………………

Η οικονομική ενίσχυση θα χρησιμοποιηθεί αποκλειστικά και μόνο για τις ανάγκες του/των παιδιού/ων.

Εισπράττω/δεν εισπράττω **διατροφή** …………… ευρώ το μήνα.

**Αναλαμβάνω την υποχρέωση να γνωστοποιήσω αμέσως στην υπηρεσία για οποιαδήποτε μεταβολή που αφορά το πρόσωπό μου :** Αν εργαστώ, αν αλλάξω αστυνομική ταυτότητα, αν αλλάξει η ασφαλιστική μου κατάσταση, αν αλλάξει η σύνθεση οικογένειάς μου, αν πάρω σύνταξη χηρείας λόγω θανάτου του συζύγου μου, ή από τον ασφαλιστικό μου φορέα, ή επίδομα ή άλλη οικονομική ενίσχυση, άμεσα ή έμμεσα ή εκ μεταβιβάσεως, από οποιαδήποτε πηγή της ημεδαπής ή αλλοδαπής, αλλάξω δ/νση κατοικίας, αν μετοικήσω μόνιμα ή προσωρινά σε άλλο Νομό ή στο εξωτερικό, αν αλλάξω τηλέφωνο, ή αν παραμείνω στο εξωτερικό για οποιοδήποτε λόγο πάνω από έξι μήνες. **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 κάποιο στοιχείο από τα ανωτέρω, ή επέλθει κάποια μεταβολή και δεν την γνωστοποιήσω στην Υπηρεσία, είμαι υποχρεωμένος/νη να επιστρέψω όλο το αχρεωστήτως ληφθέν ποσό του επιδόματος. Η υπεύθυνη δήλωση θα πρέπει να θεωρείται με το γνήσιο της υπογραφής.**

 Δράμα ………………………20

 Ο-Η δηλ.........

(1) Αναγράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα η Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η δήλωση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: π.χ. η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά : 070269.

(3) <Όποιος εν γνώση 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 εαυτό του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος, βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας του χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.