**ΠΡΟΣ ΤΟ ΔΗΜΟ ΔΡΑΜΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ**

**& ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΙΣΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΦΥΛΩΝ**

Π Ρ Ο Σ : (1) **ΔΗΜΟΣ ΔΡΑΜΑΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΙΣΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΦΥΛΩΝ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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.  Ταχυδρομίου (Email) | | | |  | | |

**Παρακαλώ όπως χορηγήσετε το επίδομα από το πρόγραμμα Εγκεφαλικής παράλυσης (0-18)που δεν εισπράττουν εξιδρωματικό επίδομα παραπληγίας-Τετραπληγίας&Ακρωτηριασμού**

**Για λογαριασμό ……………………………………………………………………………………………………….**

**Απαιτούμενα δικαιολογητικά:**

1. Αίτηση του/της νομίμου αντιπροσώπου .

2. Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας του/της ενδιαφερομένου/ης ή του νομίμου αντιπροσώπου του/ της.

3. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης (αυτεπάγγελτη αναζήτηση).

4.Γνωματευση πιστοποιητικό της αρμόδιας Υγειονομικής Επιτροπής.

5.Υπεύθυνη δήλωση-Εξουσιοδότηση του Ν.1599/1986 του/της του νομίμου αντιπροσώπου του/ της στην οποία θα δηλώνει και θα βεβαιώνει ενυπόγραφα όσα στο τυποποιημένο έντυπο της υπεύθυνης δήλωσης αναφέρονται.

6.Υπεύθυνη δήλωση-Εξουσιοδότηση του Ν.1599/1986 του ενός γονέα προς τον άλλο στην οποία θα δηλώνει και θα βεβαιώνει ενυπόγραφα όσα στο τυποποιημένο έντυπο της υπεύθυνης δήλωσης αναφέρονται.

7Αποκομα απόδειξη πληρωμής η βεβαίωση από τον ασφαλιστικό φορέα ,εάν ο/η ενδιαφερόμενος/η λαμβάνει οποιασδήποτε μορφής οικονομική ενίσχυση για την ίδια αιτία.

8.Σε περίπτωση που ο/η ενδιαφερόμενος/η περιθάλπεται σε κλειστό ίδρυμα Προνοιακού Τύπου, προσκομίζεται σχετική βεβαίωση.

9.1 φωτογραφία του/της ενδιαφερομένου/ης.

10.Βιβλιαριο υγειονομικής περίθαλψης του/της ενδιαφερομένου/ης

11.Σε περίπτωση που έχει ανατεθεί η επιμέλεια του της ενδιαφερομένου/ης σε άλλο πρόσωπο ,κατατίθεται αντίστοιχα η σχετική πράξη που εκδίδεται από την αρμόδια Αρχή.

12. Α.Μ.Κ.Α. δικαιούχου & υπευθύνου είσπραξης.

13.ΑΦΜ δικαιούχου & υπευθύνου είσπραξης.

14.Φωτοτηπια 1ης σελίδας βιβλιαρίου τραπέζης με πρώτο όνομα του δικαιούχου ,με τον αριθμό ΙΒΑΝ.

Δράμα ……… /20

O αιτών / η αιτούσα