

**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) **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) |  |

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:

Α) Το επιδοτούμενο άτομο είναι έμμεσα ασφαλισμένο στο…………………………………………………..

Β) Το επιδοτούμενο άτομο δεν είναι ασφαλισμένο σε οποιοδήποτε άλλο ασφαλιστικό φορέα ή από οποιαδήποτε άλλη πηγή της ημεδαπής ή αλλοδαπής

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

Δ) Δεν λαμβάνει για το εξωιδρυματικό επίδομα της παραπληγίας από οποιοδήποτε ασφαλιστικό φορέα ή από οποιαδήποτε άλλη πηγή της ημεδαπής ή αλλοδαπής.

Ε) Δεν λαμβάνει για την ίδια ή άλλη πάθηση και για την ίδια η άλλη αιτία οικονομική ενίσχυση από οποιαδήποτε άλλη πηγή της ημεδαπής ή αλλοδαπής .

ΣΤ) Εάν λάβει οποιαδήποτε μορφής οικονομική ενίσχυση για την ίδια ή άλλη πάθηση θα ενημερώσω άμεσα την Υπηρεσία σας(Δήμο Δράμας) γι΄αυτή, καθώς και για τον φορέα από τον οποίο προκύπτει η παροχή και το ύψος αυτής.

Ζ) Αναλαμβάνω την υποχρέωση να γνωστοποιήσω αμέσως στην Υπηρεσία σας την οποιαδήποτε μεταβολή που αφορά το πρόσωπό του, όπως μεταβολή της κατάστασης υγείας του δικαιούχου (επιδείνωση –βελτίωση) ,αλλαγή της ασφαλιστικής του κατάστασης ,της οικογενειακής του κατάστασης, λήψη σύνταξης, επιδόματος ή άλλης οικονομικής ενίσχυσης άμεσα ή έμμεσα ή εκ μεταβιβάσεως την ίδια ή άλλη πάθηση και από οποιοδήποτε ασφαλιστικό φορέα ή από οποιαδήποτε άλλη πηγή της ημεδαπής ή αλλοδαπής, μεταβολή του τόπου κατοικίας του, τη μεταβολή πληρεξούσιου ατόμου, την εισαγωγή του σε κλειστό ίδρυμα Προνοιακού χαρακτήρα κ.λ.π., καθώς και για την περίπτωση θανάτου του.

Η) Αναλαμβάνω την οποιαδήποτε ευθύνη που θα προκύψει έναντι της Υπηρεσία σας (Δήμο Δράμας) από τη μη γνωστοποίηση των ανωτέρω αναφερομένων.

Θ) Σε περίπτωση που δεν ισχύει κάποιο στοιχείο από τα ανωτέρω ή επέλθει κάποια μεταβολή και δεν τη γνωστοποιήσω στην Υπηρεσία σας είμαι υποχρεωμένος/η να επιστρέψω άμεσα στο ακέραιο το ληφθέν ποσό του επιδόματος κ.λ.π. με τρόπο που θα μου υποδειχθεί από την Υπηρεσία σας

Ι) Αναλαμβάνω την υποχρέωση να προσκομίζω κάθε έτος στην Υπηρεσία σας τα απαραίτητα από το νόμο δικαιολογητικά για την συνέχιση του επιδόματος που το επιδοτούμενο άτομο λαμβάνει ή θα λάβει.

**Ο υπεύθυνος είσπραξης και δικαστικός συμπαραστάτης** ………………………………………………………………..του…………………………με αριθμό απόφασης…………………………………….

**Η υπεύθυνη δήλωση θα πρέπει να θεωρείται για το γνήσιο της υπογραφής, από την Αστυνομία ή Δημόσια υπηρεσία. Συναινώ στην αυτεπάγγελτη αναζήτηση δικαιολογητικών από την Υπηρεσία σας .**

(1)Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση(2)Αναγράφεται ολογράφως.(3),<<Οποιος εν γνώση του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή υποκρύπτει 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 ‘η 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 έντυπου της αίτησης-υπεύθυνης δήλωσης και υπογράφεται από τον δηλούντα ή τη δηλούσα.

 Δράμα ................20

 Ο-Η δηλ.....