

Αίτηση

ΓΙΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ ΚΙΝΗΣΗΣ

ΠΡΟΣ :

ΔΗΜΟ ΠΕΙΡΑΙΑ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Στοιχεία Δικαιούχου Επίδοματος

Επώνυμο :

Όνομα :

Όνομα Πατρός :

Κατοίκου :

Οδός :

Αριθμός :

Ταχ. Κώδικας :

Έτος Γεννήσεως :

Αρ. Αστ. Ταυτ/τας :

Τηλέφωνο :

FAX :

Α.Φ.Μ. :

Παρακαλώ όπως μου χορηγήσετε το επίδομα «κίνησης».

Συνοδευτικά σας υποβάλλω :

α)

β)

γ)

δ)

ε)

ζ)

στ)

Δικαιούχος είσπραξης :

Επώνυμο :

Όνομα :

Όνομα Πατρός :

Όνομα Μητρός :

Οδός :

Αριθμός :

Ταχ. Κώδικας :

Αρ. Αστ. Ταυτ/τας :

Τηλέφωνο :

(Πόλη - Ημερομηνία)

Ο / Η ΑΙΤ__

(υπογραφή)

ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ (μαζί με την Αίτηση)

1. Γνωμάτευση των Υγειονομικών Επιτροπών με την οποία θα βεβαιώνεται η αναπηρία: ακρωτηριασμός και των δύο κάτω άκρων και παράλυση των δύο κάτω άκρων, με ποσοστό αναπηρίας 80% και άνω.
2. Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου, ή Δελτίου Ταυτότητας Ομογενούς του ενδιαφερομένου.
3. Άδεια διαμονής για τους υπηκόους των Κρατών-Μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε) του Ενιαίου Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου (Ε.Ε.Ο.Χ) και των Κρατών που περιλαμβάνονται στην κυρωμένη με το ν.δ 4017/1959 (ΦΕΚ 246, τ.Α' 1959) Ευρωπαϊκή Σύμβαση.
4. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης. (Υποχρεωτική αυτεπάγγελτη αναζήτηση από την Υπηρεσία μας).
5. Υπεύθυνη δήλωση στην οποία θα δηλώνονται τα ακόλουθα :
 - α. Ότι το επίδομα θα χρησιμοποιηθεί για τις ανάγκες του δικαιούχου.
 - β. Ότι αναλαμβάνει την υποχρέωση να ενημερώσει αμέσως την αρμόδια Υπηρεσία όταν συντρέχουν οι εξής λόγοι:
 - ❖ Βελτίωση της κατάστασης υγείας του.
 - ❖ Αλλαγή του τόπου κατοικίας του.
 - ❖ Απουσία του στο εξωτερικό για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο από (4) μήνες.
 - ❖ Περίθαλψη σε νοσηλευτικό ίδρυμα ή παραμονή του αναπήρου ατόμου εσωτερικά σε προνοιακή δομή, για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο του 3μήνου.
 - γ. Ορίζω Υπεύθυνο Είσπραξης του επιδόματος μου τον/την

Από τον υπεύθυνο είσπραξης (εάν έχει ορισθεί)

Υπεύθυνη δήλωση στην οποία θα δηλώνονται ότι :

- α) Αποδέχομαι να εισπράττω το επίδομα του/της
από την Δ/ση Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών του Δήμου Πειραιά.
- β) Η οικονομική ενίσχυση θα χρησιμοποιηθεί αποκλειστικά και μόνο για τις ανάγκες του δικαιούχου.
- γ) Αναλαμβάνω την ευθύνη να ειδοποιήσω την Υπηρεσία για οποιαδήποτε μεταβολή αφορά τον/την(Ονοματεπώνυμο δικαιούχου).

Σημειώσεις :

- ❖ Το αντίστοιχο μηνιαίο επίδομα ανά κατηγορία καθορίζεται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- ❖ Για περισσότερες πληροφορίες :

Δήμο Πειραιά
• ΔΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Τηλ. 213.16.01.870

