

ΑΙΤΗΣΗ

ΓΙΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ ΤΕΤΡΑΠΛΗΓΙΑΣ- ΠΑΡΑΠΛΗΓΙΑΣ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΔΗΜΟΣΙΟΥ

Προς: Δήμος Αλεξανδρούπολης
Τμήμα Κοινωνικής προστασίας & Παιδείας
Γραφείο Επιδομάτων 3
Δ. Σολωμού 26 – 68100

<u>ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ/ ΟΥΣΑΣ</u>	
ΕΠΩΝΥΜΟ:.....	Παρακαλώ,
ΟΝΟΜΑ:.....	όπως μου χορηγήσετε το επίδομα «Τετραπληγίας –
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:.....	Παραπληγίας».
ΚΑΤΟΙΚΟΣ:	Συνοδευτικά σας υποβάλλω:
ΟΔΟΣ:	Α).....
ΑΡΙΘΜΟΣ:	Β).....
Τ.Κ.:	Γ).....
ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:.....	Δ).....
ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:.....	Ε).....
ΤΗΛΕΦΩΝΟ:.....	ΣΤ).....
FAX:	
Α.Φ.Μ:.....	
ΑΜΚΑ	

(Πόλη- Ημερομηνία)

.....

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ

.....

(υπογραφή)

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Δικαιολογητικά:

- ✓ Αίτηση του ενδιαφερόμενου ή του νόμιμου αντιπροσώπου του (για τον νόμιμο αντιπρόσωπο κατατίθεται θεωρημένο πληρεξούσιο ή συμβολαιογραφική πράξη)
- ✓ Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο της αστυνομικής ταυτότητας ή του διαβατηρίου του ενδιαφερόμενου και του εκπροσώπου του
- ✓ Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης
- ✓ Γνωμάτευση της αρμόδιας Α.Υ.Ε.
- ✓ Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986, όπου δηλώνονται ότι:
 - Η παρεχόμενη οικονομική ενίσχυση θα χρησιμοποιηθεί για τις ανάγκες του δικαιούχου
 - Δεν είναι ασφαλισμένος στο Δημόσιο ή σε οποιοδήποτε άλλο ασφαλιστικό φορέα (για ανασφάλιστο)
 - Δε λαμβάνει για ίδια αιτία οικονομική ενίσχυση από οποιαδήποτε άλλη πηγή (για ασφαλισμένους Δημοσίου)
 - Δεν περιθάλπεται σε Ίδρυμα Πρόνοιακού χαρακτήρα.
 - Για οποιαδήποτε μεταβολή προκύψει είναι υποχρεωμένος να ενημερώσει την υπηρεσία
- ✓ Θεωρημένο βιβλιάριο υγείας
- ✓ Σε περίπτωση που ο ενδιαφερόμενος λαμβάνει οποιαδήποτε μορφής οικονομική ενίσχυση για την ίδια αιτία – προσκομίζει απόδειξη πληρωμής του ασφαλιστικού του φορέα
- ✓ Σε περίπτωση που ο ενδιαφερόμενος περιθάλπεται σε κλειστό Ίδρυμα Πρόνοιακού χαρακτήρα τότε προσκομίζει σχετική βεβαίωση

Διαδικασία:

- ✓ Υποβολή αίτησης και δικαιολογητικών.

Τηλέφωνο επικοινωνίας: 25510-88147