

## ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ ΒΑΡΙΑΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

### ΥΠΟΥΡΓΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ & ΕΓΚΥΚΛΙΟΙ ΠΟΥ ΔΙΕΠΟΥΝ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ

1. Η υπ' αρ. Γ4α/Φ.225/οικ. 1196 (ΦΕΚ 275/85 τ. Β') κοινή Υπουργική Απόφαση, περί επιδοτήσεως ατόμων με ειδικές ανάγκες με ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω ανάκαινα για βιοποριστικό επάγγελμα.
2. Η υπ' αρ. Γ4/225/ οι. 161/03-02-1989 (ΦΕΚ 108/89 τ. Β') κοινή Υπουργική Απόφαση, περί «ενοποίησης προγραμμάτων αναπηρίας με ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω.
3. Η υπ' αρ. Γ4β/Φ 32/οικ. 591/89 κοινή Υπουργική Απόφαση περί «καταργήσεως των οικονομικών κριτηρίων».
4. Η υπ' αρ. Π4γ/Φ. 225/ οικ. 2866 (ΦΕΚ 629/18-07-1995 τ. Β') κοινή Υπουργική Απόφαση τροποποίησης και επέκτασης της ως άνω 2 απόφασης.
5. Η υπ' αρ. Π3α/Φ.32/3226/13-09-2001 εγκύκλιος του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.
6. Η υπ' αρ. οικ. 521/26-03-2013 (ορθή επανάληψη – ΑΔΑ:ΒΕΑΘΛ-ΥΣΑ) εγκύκλιος της Γενικής Γραμματέως Πρόνοιας του Υπουργείου Εργασίας Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας.
7. Η υπ' αρ. Π3α/Φ.29/Γ.Π. 170602/17-03-2010 εγκύκλιος του Υπουργείου Υγείας Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
8. Η υπ' αρ. Δ29α/Φ.32/Γ.Π. οικ. 10804/528/10-04-2013 (ΦΕΚ 1189/15-05-2013 τ. Β') κοινή Υπουργική Απόφαση.
9. Η υπ' αρ. Π3α/Γ.Π. οικ. 49361/1253/22-12-2014 (ΦΕΚ 3483/24-12-2014 τ. Β') κοινή Υπουργική Απόφαση.

### ΕΝΑΡΞΗ ΚΑΤΑΒΟΛΗΣ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ

1. Για όσους λαμβάνουν για πρώτη φορά επίδομα, αυτό καταβάλλεται από την ημερομηνία που καταθέτουν αίτηση με όλα τα προβλεπόμενα δικαιολογητικά στην υπηρεσία πρόνοιας του Δήμου.
2. Για όσους δεν λαμβάνουν για πρώτη φορά επίδομα ισχύουν τα εξής:

**α)** Όσοι έχουν καταθέσει αίτηση στο ΚΕΠΑ για εξέταση από Υγειονομική Επιτροπή εντός τριών μηνών πριν την ημερομηνία που έχει λήξει η χορήγηση του επιδόματος λόγω λήξης της προηγούμενης απόφασης Υγειονομικής Επιτροπής και η χορήγηση του επιδόματος έχει τεθεί σε αναστολή, το επίδομα καταβάλλεται από την ημερομηνία αναστολής, δηλαδή μία ημέρα μετά την ημερομηνία λήξης της αμέσως προηγούμενης χορήγησης.

**β)** Όσοι έχουν καταθέσει αίτηση στη ΚΕΠΑ για εξέταση από Υγειονομική Επιτροπή εντός εξαμήνου μετά την ημερομηνία που έχει λήξει η χορήγηση του επιδόματος λόγω λήξης της προηγούμενης απόφασης Υγειονομικής Επιτροπής και η χορήγηση έχει τεθεί σε αναστολή, το επίδομα καταβάλλεται από την ημερομηνία κατάθεσης της αίτησης στο ΚΕΠΑ για εξέταση.

**γ)** Όσοι έχουν καταθέσει αίτηση στο ΚΕΠΑ για εξέταση από Υγειονομική Επιτροπή πέραν του εξαμήνου από την ημερομηνία που έχει λήξει η χορήγηση του επιδόματος λόγω λήξης της προηγούμενης απόφασης Υγειονομικής Επιτροπής και η χορήγηση του επιδόματος έχει τεθεί σε αναστολή, το επίδομα καταβάλλεται από την ημερομηνία κατάθεσης της αίτησης για χορήγηση επιδόματος στην υπηρεσία της πρόνοιας του Δήμου.

- Για να θεμελιώσει κάποιος δικαίωμα χορήγησης επιδόματος πρέπει να καλύπτει όλες τις προαπαιτούμενες προϋποθέσεις που προβλέπονται από τις Υπουργικές Αποφάσεις και τις εγκυκλίους.
- Δικαίωμα ένταξης στο επίδομα, εκτός των υπολοίπων προϋποθέσεων έχουν **α)** οι Έλληνες υπήκοοι, **β)** υπήκοοι κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, **γ)** υπήκοοι κρατών μελών του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη, **δ)** καθώς και μέλη οικογενειών υπηκόων κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης που είναι υπήκοοι τρίτων χωρών, εφόσον έχουν δικαίωμα διαμονής ή μόνιμης διαμονής. Μέλη οικογένειας θεωρούνται η σύζυγος ή ο σύζυγος και τα τέκνα αυτών (οικογένεια με τη στενή έννοια) όπως ορίζεται από τη παρ. 7 της υπ' αρ. 59015/1578/1984 (ΦΕΚ 460 τ. Β'). Τέλος όσοι έχουν άδεια παραμονής για ανθρωπιστικούς λόγους.

**ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ**

(Τα δικαιολογητικά που αναγράφονται σημειώνονται από τον υπάλληλο της Υπηρεσίας Πρόνοιας του Δήμου, κατά περίπτωση υποψήφιου δικαιούχου)

<b>ΒΑΡΙΑ ΑΝΑΠΗΡΙΑ</b>	ΑΡ. ΠΡΩΤ. _____  ΗΜΕΡ/ΝΙΑ _____  <b>ΑΙΤΗΣΗ</b>
---------------------------	--

Προς

**ΔΗΜΟ ΠΕΙΡΑΙΑ  
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ &  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ  
ΤΜΗΜΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΚΩΝ ΕΠΙΔΟΜΑΤΩΝ  
ΗΡΩΩΝ ΠΟΛΥΤΕΧΝΕΙΟΥ 19  
185 32 ΠΕΙΡΑΙΑΣ**

Υποβάλλω συνημμένα τα προβλεπόμενα δικαιολογητικά και παρακαλώ να εντάξετε στο πρόγραμμα οικονομικής ενίσχυσης ατόμων με ειδικές ανάγκες Βαριάς Αναπηρίας εμένα τ. \_\_\_\_\_ ίδι \_\_\_\_\_

ή τ. ....

**Για την υποχρεωτική αυτεπάγγελτη αναζήτηση πιστοποιητικού οικογενειακής κατάστασης δηλώνω ότι εγώ και η οικογένειά μου είμαστε γραμμένοι κανονικά στο Δήμο \_\_\_\_\_**

ΕΠΩΝΥΜΟ: \_\_\_\_\_

ΟΝΟΜΑ: \_\_\_\_\_

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ: \_\_\_\_\_

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ: \_\_\_\_\_

ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ: \_\_\_\_\_

ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ: \_\_\_\_\_

Δ/ΝΣΗ: \_\_\_\_\_

ΠΟΛΗ: \_\_\_\_\_

ΤΑΧ. ΚΩΔΙΚΑΣ: \_\_\_\_\_

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

ΘΕΜΑ: Χορήγηση Επιδόματος Βαριάς Αναπηρίας

ΠΕΙΡΑΙΑΣ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /201 \_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ο / η Αιτ. ....

+

.....

**ΠΡΟΣΟΧΗ**

**ΔΕΝ ΘΑ ΓΙΝΕΤΑΙ ΚΑΜΙΑ ΣΥΝΑΛΛΑΓΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΠΟΛΙΤΕΣ ΑΝ ΔΕΝ ΠΡΟΣΚΟΜΙΖΕΤΑΙ Η ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΕΠΙΔΟΤΟΥΜΕΝΟΥ ΣΑΣ ΕΝΗΜΕΡΩΝΟΥΜΕ ΟΤΙ Η ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΜΑΣ ΓΙΑ ΝΑ ΠΑΡΑΛΑΒΕΙ ΑΙΤΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΟΧΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΙΤΟΥΝΤΑ ΑΛΛΑ ΑΠΟ ΤΡΙΤΑ ΠΡΟΣΩΠΑ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΖΕΤΑΙ ΣΧΕΤΙΚΗ ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ.**

□

□

(συμπληρώνεται από την υπηρεσία)

**ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ:** \_\_\_\_\_

**ΠΡΟΗΓ. ΛΗΞΗ:** \_\_\_\_\_

**ΑΙΤΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ:** \_\_\_\_\_

**ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΚΑΤΑΘ. ΑΙΤΗΣΗΣ ΣΤΟ ΚΕΠΑ:** \_\_\_\_\_

(συμπληρώνεται από την υπηρεσία)

**Ε:** \_\_\_\_\_

**Λ:** \_\_\_\_\_

**ΑΣΦ:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

1. Αίτηση του επιδοτούμενου (ή του έχοντα την επιμέλεια σε περίπτωση που ο δικαιούχος είναι ανήλικο τέκνο) προς την Δ/ση Δημόσιας Υγείας & Κοινων.Υπηρεσιών, με συνημμένα τα δικαιολογητικά.

2. Απόφαση - Γνωμάτευση της Υγειονομικής Επιτροπής ΚΕΠΑ με ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω ή 50% για τα άτομα που πάσχουν από νεανικό ινσουλινοεξαρτώμενο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1(στην Υπηρεσία μας θα καταθέσετε πρωτότυπο ακριβές αντίγραφο της απόφασης) και για δική σας χρήση θα φροντίσετε να έχετε φωτοτυπίες να χρησιμοποιείτε κάθε χρόνο ένα για έκδοση κάρτας ελευθέρων διαδρομών αν δικαιούσθε και ένα για φοροαπαλλαγή στη φορολογική σας δήλωση αν φορολογείσθε).

3. Υπεύθυνη Δήλωση Ν. 1599/86 (πρώην 105) από τον επιδοτούμενο με θεωρημένο το γνήσιο της υπογραφής του από την αστυνομία ή από ΚΕΠ ή τον υπάλληλο της Υπηρεσίας μας αν υπογράψει ενώπιόν του.

## ΠΡΟΣΟΧΗ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΤΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ

3.1. Τα έντυπα των υπεύθυνων δηλώσεων δίδονται πάντα από την Υπηρεσία μας.

3.2. Όταν πρόκειται για επιδοτούμενο ο οποίος είναι ανήλικος, η υπεύθυνη δήλωση συμπληρώνεται και υπογράφεται από τον έχοντα την επιμέλεια ή από τον ένα γονέα για λογαριασμό του ανήλικου.

3.3. Να φροντίζετε να συμπληρώνετε πάντα τα κενά σημεία στο έντυπο της υπεύθυνης δήλωσης.

3.4. Όσοι είναι νεφροπαθείς τελικού σταδίου και υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση οφείλουν να δηλώσουν στην παραπάνω υπεύθυνη δήλωση ότι οφείλουν να ενημερώσουν την υπηρεσία μας σε περίπτωση που κάνουν μεταμόσχευση νεφρού.

3.5. Όσοι είναι έμμεσα ασφαλισμένοι στον Οίκο Ναύτου και προσκομίζουν βεβαίωση ότι δεν δικαιούνται επίδομα οικογενειακής νοσηλείας, οφείλουν επίσης να δηλώσουν στην παραπάνω υπεύθυνη δήλωση ότι σε περίπτωση που κατά τη διάρκεια της επιδοτήσεώς τους από το πρόγραμμα Βαριάς Αναπηρίας δικαιωθούν χορήγησης του οικογενειακού επιδόματος νοσηλείας από τον Οίκο Ναύτου οφείλουν να ενημερώσουν την υπηρεσία μας.

3.6 Να διαβάσετε πάντα με προσοχή την υπεύθυνη δήλωση πριν την υπογράψετε.

4. Αν λαμβάνετε για πρώτη φορά επίδομα προσκομίζετε φωτοτυπία βιβλιαρίου τραπεζής, από τράπεζα ή τα ΕΛΤΑ της προτιμήσεώς σας, με πρώτο όνομα πάντα του δικαιούχου.

5. Αν δεν λαμβάνετε για πρώτη φορά επίδομα προσκομίζετε την αίτηση που έχετε υποβάλει στο ΚΕΠΑ (με τον αριθμό πρωτοκόλλου).

6. Στην περίπτωση που ο/η δικαιούχος του επιδόματος είναι ανήλικο τέκνο και το επίδομα το λαμβάνει ο ένας από τους δύο γονείς, ο άλλος πρέπει να υποβάλει υπεύθυνη δήλωση, με θεωρημένο το γνήσιο της υπογραφής του είτε από την αστυνομία είτε από ΚΕΠ είτε από τον υπάλληλο της Υπηρεσίας μας, εφ' όσον υπογράψει ενώπιόν του, όπου θα δηλώνει ότι αποδέχεται να εισπράττει το επίδομα για λογαριασμό του παιδιού τους η/ο σύζυγός (ονομαστικά). Η υπεύθυνη δήλωση θα συνοδεύεται και με φωτοτυπία της ταυτότητας μαζί με την πρωτότυπη.

7. Υπεύθυνη δήλωση άλλων ατόμων που τα ονόματά τους αναγράφονται στο βιβλιάριο τραπεζής του επιδοτούμενου, με θεωρημένο το γνήσιο της υπογραφής του από την αστυνομία ή τα ΚΕΠ ή του υπαλλήλου της Υπηρεσίας μας σε περίπτωση που υπογράψει ενώπιόν του. Επίσης τα άτομα αυτά πρέπει να προσκομίσουν φωτοτυπία της αστυνομικής τους ταυτότητας, το Α.Φ.Μ. τους αποδεικνυόμενο από επίσημο έγγραφο, έντυπο όπου να αναγράφεται το ΑΜΚΑ τους.

8. Πρόσφατο Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης όπου θα φέρονται κανονικά γραμμένα όλα τα μέλη της οικογένειας. Δηλαδή σε περίπτωση έγγαμης γυναίκας ή έγγαμου ανδρός να φέρεται κανονικά γραμμένος/η ο/η σύζυγος ΟΧΙ ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΑ και σε περίπτωση αγάμων να φέρονται κανονικά γραμμένοι και οι δύο γονείς ΚΑΙ ΟΧΙ ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΑ.

9. Μία (1) φωτογραφία πρόσφατη αν λαμβάνετε για πρώτη φορά το επίδομα.

**10. Φωτοτυπία του αντίγραφου της φορολογικής δήλωσης του οικονομικού έτους 201\_\_.** Για την ακρίβεια των αντιγράφων φορολογικής δήλωσης γίνεται μνεία στην υπεύθυνη δήλωση. Σε περίπτωση που το επιδοτούμενο άτομο περιλαμβάνεται ως προστατευόμενο μέλος στην φορολογική δήλωση των γονέων του, προσκομίζεται μόνο το αντίγραφο φορολογικής δήλωσης του οικονομικού έτους 201\_\_, όπου αναγράφεται το όνομά του. Επίσης έντυπο της εφορίας όπου θα αναγράφεται το Α.Φ.Μ σε περίπτωση που αυτό δεν προκύπτει από άλλο επίσημο έγγραφο.

**11.** Για τους άμεσα ασφαλισμένους χωρίς προϋποθέσεις βεβαίωση ότι δεν δικαιούνται σύνταξη αναπηρίας ή γήρατος λόγω έλλειψης χρονικών προϋποθέσεων από τον ασφαλιστικό τους φορέα.

**12. Φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας** επιδοτούμενου, με επίδειξη της πρωτότυπης.

**13. Προσκόμιση του βιβλιαρίου ασθενείας και φωτοτυπίες από αυτό την σελίδα της φωτογραφίας και την σελίδα που βρίσκεται η τελευταία θεώρηση).** **ΠΡΟΣΟΧΗ:** για τους έμμεσα ασφαλισμένους του ΙΚΑ η τελευταία θεώρηση δεν είναι η τελευταία σελίδα του βιβλιαρίου ασθενείας. Για δε τους έμμεσα ασφαλισμένους από συνταξιούχους του δημοσίου το εκκαθαριστικό σημείωμα από το Γενικό Λογιστήριο του Κράτους που λαμβάνουν κάθε τρεις μήνες ισχύει και για θεώρηση βιβλιαρίου ασθενείας. Στη περίπτωση που υπάρχει θεώρηση μόνο στο βιβλιάριο του άμεσα ασφαλισμένου προσκομίζετε και αυτό με τις αντίστοιχες φωτοτυπίες. Επίσης επειδή η θεώρηση των βιβλιαρίων ασθενείας με τη προσέλευση των ενδιαφερομένων στα ασφαλιστικά ταμεία έχει καταργηθεί, θα πρέπει να μας προσκομίζετε τον αριθμό μητρώου αν είστε έμμεσα ασφαλισμένος προκειμένου η Υπηρεσία μας να αντλεί από το πληροφοριακό σύστημα του ΙΚΑ την ασφαλιστική σας ενημερότητα. Για να αποκτήσετε αριθμό μητρώου θα πρέπει να απογραφείτε. Για τη διαδικασία αυτή ενημερώνεστε από το ασφαλιστικό ταμείο που είστε ασφαλισμένη. Για τις περιπτώσεις των ταμείων που δεν υπάρχει πρόβλεψη να αντλείται η ασφαλιστική ενημερότητα διαδικτυακά θα προσκομίζουν βεβαίωση από τον ασφαλιστικό τους φορέα με την οποία θα αποδεικνύεται η θεώρηση του βιβλιαρίου ασθενείας, ότι δηλαδή αυτό είναι σε ισχύ και μέχρι τότε.

**14. Έντυπο όπου να αναγράφεται το ΑΜΚΑ του δικαιούχου.**

**15. Λογαριασμούς ΔΕΗ και ΟΤΕ πρόσφατους.**

#### **ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΘΕΜΕΛΙΩΣΗ ΤΟΥ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΟΣ**

**1. Βεβαίωση από ΟΙΚΟ ΝΑΥΤΟΥ** για τους έμμεσα ασφαλισμένους στο εν λόγω ταμείο, αν ο επιδοτούμενος ΔΙΚΑΙΟΥΤΑΙ το επίδομα οικογενειακής Νοσηλείας ή οποιοδήποτε άλλο επίδομα για την αναπηρία του.

**2. Έντυπο του ΟΓΑ στο οποίο να φαίνεται ότι ο ενδιαφερόμενος είναι συνταξιούχος Υπερήλικας.**

**3. Βεβαίωση από τον αντίστοιχο ασφαλιστικό φορέα** εάν ο επιδοτούμενος είναι τέκνο ανεξαρτήτου ηλικίας και θεμελιώνει δικαίωμα συνταξιοδότησης, (μέρισμα) λόγω θανάτου πατέρα, με το αντίστοιχο ποσό της σύνταξης προκειμένου να εξετασθεί εάν δικαιούται το επίδομα.

**4. Μισθωτήριο συμβόλαιο,** πάντα θεωρημένο από την εφορία.

**5. Βεβαίωση από το ΤΕΒΕ** \_\_\_\_\_ ότι δεν δικαιούσθε σύνταξη αναπηρίας ή γήρατος λόγω έλλειψης ασφαλιστικών προϋποθέσεων, για να μπορέσει να επιδοτηθεί από την Δ/ση Κοινωνικής Αλληλεγγύης Πειραιά.

**6.** Στην περίπτωση που φιλοξενείσθε θα πρέπει να φέρετε υπεύθυνη δήλωση με θεωρημένο το γνήσιο υπογραφής από την αστυνομία του προσώπου που σας φιλοξενεί όπου θα δηλώνει ότι σας φιλοξενεί στην συγκεκριμένη διεύθυνση.

**7.** Επίσημο έγγραφο βάσει του οποίου αποδεικνύεται ποιος από τους δύο γονείς έχει την επιμέλεια του ανήλικου τέκνου.

## 8. Διαζευκτήριο.

9. Για τη βεβαίωση του ΙΚΑ και στην περίπτωση που έχετε αριθμό μητρώου ΙΚΑ, θα πρέπει να απευθύνεστε στο πλησιέστερο του τόπου κατοικίας σας υποκατάστημα ΙΚΑ που έχει τμήμα απονομής συντάξεων και με την προσκόμιση όλων των βιβλιαρίων ενσήμων θα ζητάτε βεβαίωση ότι δεν δικαιούσθε σύνταξη αναπηρίας ή γήρατος λόγω ελλείψεως χρονικών και ασφαλιστικών προϋποθέσεων προκειμένου να τη χρησιμοποιήσετε στην Πρόνοια για να επιδοτηθείτε. Στην περίπτωση που δεν έχετε αριθμό μητρώου ΙΚΑ η Υπηρεσία μας θα αναζητήσει την σχετική βεβαίωση αυτεπάγγελα κατόπιν δικής σας συναίνεσης.

10. Για την βεβαίωση του ΝΑΤ απαιτείται η εξής διαδικασία: απευθύνεστε πρώτα στο ΝΑΤ (οδός 2ας Μεραρχίας 18 στον Πειραιά, τηλ. 4537166) απ' όπου σας χορηγείται βεβαίωση θαλάσσιας υπηρεσίας, την οποία προσκομίζετε στην οδό Εθνικής Αντιστάσεως 1 στον Πειραιά, στη διεύθυνση Παροχών Τμήμα Μητρώου και Μεταβολών Συνταξιούχων, τηλ. 4222225 και 4222281 απ' όπου λαμβάνετε την τελική βεβαίωση ότι δεν δικαιούσθε σύνταξη αναπηρίας ή γήρατος λόγω έλλειψης χρονικών και ασφαλιστικών προϋποθέσεων, προκειμένου να τη χρησιμοποιήσετε στην Υπηρεσία μας για να επιδοτηθείτε.

### ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΠΙΔΟΤΗΣΗΣ:

1. Υποβολή αίτησης με όλα τα προβλεπόμενα δικαιολογητικά.
2. Έκδοση απόφασης και κοινοποίησή της στον ενδιαφερόμενο ταχυδρομικά με συνημμένο ενημερωτικό σημείωμα με χρήσιμες πληροφορίες.
3. Το επίδομα καταβάλλεται ανά δίμηνο, με την παρέλευσή του, τους μονούς μήνες του έτους, μέσω τραπέζης ή ΕΛΤΑ σε ατομικό ή κοινό με άλλα πρόσωπα λογαριασμό, με την προϋπόθεση το πρώτο όνομα να είναι του δικαιούχου του επιδόματος.

### ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ:

- Για περισσότερες πληροφορίες : **Δήμος Πειραιά**  
**Δ/ση Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικών Υπηρεσιών**  
**Τμήμα Παροχής Προνοιακών Επιδομάτων**  
**Ηρώων Πολυτεχνείου 19 185 32**  
**Τηλ.: 213 – 1601 – 830, 831, 816, 817.**

## **ΠΡΟΣΟΧΗ**

**ΔΕΝ ΘΑ ΓΙΝΕΤΑΙ ΚΑΜΜΙΑ ΣΥΝΑΛΛΑΓΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΠΟΛΙΤΕΣ ΑΝ ΔΕΝ ΠΡΟΣΚΟΜΙΖΕΤΑΙ Η ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΕΠΙΔΟΤΟΥΜΕΝΟΥ.**

**ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΦΥΛΛΑΔΙΟ** (είναι σε μορφή landscape). Το φυλλάδιο αυτό κοινοποιείται στους δικαιούχους μαζί με την απόφαση έγκρισης χορήγησης του επιδόματος.

➤ Για τη νέα απόφαση Υγειονομικής Επιτροπής ΚΕΠΑ που απαραίτητως πρέπει να προσκομίσετε στην Υπηρεσία μας για τη χορήγηση του επιδόματός σας, πρέπει να απευθυνθείτε στα Κέντρα Πιστοποίησης αναπηρίας του ΙΚΑ (ΚΕΠΑ), για να ενημερωθείτε τι δικαιολογητικά πρέπει να καταθέσετε για να εξετασθείτε από την Υγειονομική Επιτροπή. Μετά την εξέταση και αφού πάρετε την απόφαση της Υγειονομικής Επιτροπής απαραίτητα πρέπει να τη προσκομίσετε στην Υπηρεσία μας, για να λάβετε το έντυπο με σημειωμένα τα δικαιολογητικά που απαιτούνται για την επιδότησή σας.

➤ Σας επισημαίνουμε την αναγκαιότητα της έγκαιρης υποβολής της αίτησής σας για επανεξέταση. **Οπότε να φροντίζετε να υποβάλετε αίτηση στο ΚΕΠΑ για επανεξέταση εντός τριμήνου πριν την ημερομηνία αναστολής χορήγησης του επιδόματός σας. Σε περίπτωση που καταθέσετε αίτηση στο ΚΕΠΑ εντός εξαμήνου μετά την ημερομηνία αναστολής χορήγησης του επιδόματος και εφόσον συντρέχουν στη περίπτωσή σας όλες οι λοιπές προϋποθέσεις το επίδομα καταβάλλεται από την ημερομηνία κατάθεσης της αίτησης στο ΚΕΠΑ. Σε περίπτωση που καταθέσετε αίτηση στο ΚΕΠΑ πέραν του εξαμήνου μετά την ημερομηνία αναστολής χορήγησης του επιδόματός σας, αυτό καταβάλλεται από την ημερομηνία που καταθέτετε αίτηση στη Υπηρεσία της Πρόνοιας του Δήμου.**

**ΝΑ ΕΝΗΜΕΡΩΝΕΤΕ ΑΜΕΣΩΣ ΚΑΙ ΕΓΚΑΙΡΩΣ  
ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΜΑΣ  
ΔΙΟΤΙ ΔΕΝ ΔΙΚΑΙΟΥΣΘΕ ΠΛΕΟΝ ΤΟ ΕΠΙΔΟΜΑ**

- ┆ Σε περίπτωση θανάτου του συζύγου σας.
- ┆ Σε περίπτωση θανάτου ενός ή και των δύο γονέων σας.
- ┆ Σε περίπτωση έναρξης εργασίας ακόμη και μέσω ΟΑΕΔ με τα προγράμματα για τα άτομα με ειδικές ανάγκες.
- ┆ Σε περίπτωση που έχετε υποβάλει αίτηση για να λάβετε από ασφαλιστικό φορέα ή από οποιαδήποτε άλλη πηγή της Ελλάδος ή του εξωτερικού, οικονομική ενίσχυση λόγω της αναπηρίας σας.
- ┆ Σε περίπτωση που έχετε υποβάλει αίτηση για σύνταξη αναπηρίας ή γήρατος από ασφαλιστικό φορέα ή από οποιαδήποτε άλλη πηγή της Ελλάδος ή του εξωτερικού.
- ┆ Σε περίπτωση που παρόλο που έχετε απορριφθεί για σύνταξη αναπηρίας ή γήρατος από οποιοδήποτε ασφαλιστικό φορέα συνεχίζεται να διεκδικείτε σύνταξη δικαστικά ή με οποιαδήποτε άλλη διαδικασία.
- ┆ Σε περίπτωση εγγραφής σας στον ΟΓΑ.
- ┆ Σε περίπτωση που έχει υποβληθεί αίτηση για να λάβετε σύνταξη ή μέρος σύνταξης από θάνατο γονέα σας ως **ανήλικο τέκνο ή ως άγαμη ή διαζευγμένη θυγατέρα**.
- ┆ Σε περίπτωση που ενώ λαμβάνετε το επίδομα ως νεφροπαθής τελικού σταδίου, υποβληθείτε σε μεταμόσχευση νεφρού.
- ┆ Για τους ασφαλισμένους στον Οίκο Ναύτου, που προσκομίζουν βεβαίωση ΟΙΚΟΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ, απαραίτητα πριν τη λήξη της προηγούμενης θα προσκομίζουν τη νέα βεβαίωση για τη συνέχιση ή μη του επιδόματος από τον ασφαλιστικό φορέα.
- ┆ Σε περίπτωση εισαγωγής σας σε Δημόσιο Ίδρυμα ή Νοσοκομείο ή Φυλακή.
- ┆ Σε περίπτωση που δεν λαμβάνετε σύνταξη από ασφαλιστικό φορέα διότι έχετε οφειλές εισφορών.
- ┆ Σε περίπτωση διαμονής σας στο εξωτερικό.

Απαραίτητα δηλώνεται **ΑΜΕΣΑ** ο θάνατος του συζύγου ή του γονέα, αφού η σύνταξη μεταβιβάζεται και **ισχύει αναδρομικά** από την ημερομηνία θανάτου.

**ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ & ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΙ (εκτός ΟΓΑ Υ)**

## ΔΕΝ ΔΙΚΑΙΟΥΝΤΑΙ ΤΟ ΕΠΙΔΟΜΑ

Σε περίπτωση που δεν ενημερώσετε την Υπηρεσία μας για μεταβολή που συνεπάγεται την διακοπή του επιδόματός σας θα κληθείτε να επιστρέψετε όσα χρήματα έχετε εισπράξει εις βάρος του Δημοσίου, από την ημερομηνία της μεταβολής έως και την τελευταία πληρωμή σας.

➤ Σε περίπτωση που σας **ζητηθούν δικαιολογητικά έγγραφα** για την επικαιροποίηση της θεμελίωσης του δικαιώματος χορήγησης του επιδόματος και **αμελήσετε** να τα προσκομίσετε **διακόπτεται** η επιδότηση.

➤ Οι πληρωμές γίνονται ανά δίμηνο, μέσω τραπεζικών λογαριασμών και καταβάλλεται πάντα το παρελθόν δίμηνο.

➤ Να δηλώνετε στην Υπηρεσία μας την σωστή διεύθυνσή σας, και σε περίπτωση αλλαγής κατοικίας σας, να δηλώνετε την καινούργια διεύθυνση εγκαίρως προσκομίζοντας αποδεικτικά στοιχεία της αλλαγής (π.χ. λογαριασμό ΔΕΗ, ΟΤΕ ή συμβόλαιο ενοικίασης κατοικίας).

➤ Σε περίπτωση που αλλάξετε κατοικία και μένετε σε περιοχή που δεν ανήκει στον Δήμο Πειραιά να ενημερώνετε άμεσα την Υπηρεσία μας προκειμένου να γίνεται η μεταφορά του φακέλου της επιδότησής σας στην αντίστοιχη Υπηρεσία του άλλου Δήμου που ανήκει η νέα σας κατοικία.

➤ Για οποιαδήποτε αλλαγή που αφορά στην οικογενειακή σας κατάσταση και στοιχεία της αστυνομικής σας ταυτότητα να ενημερώνετε επίσης την Υπηρεσία μας εγκαίρως.

ΓΙΑ ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ  
ΣΥΝΑΛΛΑΓΗ ΣΑΣ  
ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΜΑΣ  
Θ Α Π Ρ Ο Σ Κ Ο Μ Ι Ζ Ε Τ Ε

1. ΤΗΝ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗ ΣΑΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ
2. ΤΟ ΠΑΡΟΝ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

*Για τις συναλλαγές σας με την υπηρεσία το ωράριο κοινού είναι: 9:00π.μ. έως 15:00μ.μ. τις εργάσιμες ημέρες.*

*Πληροφορίες στα τηλέφωνα : 213-1601-830/ 831/ 816, 817.*

*Η Υπηρεσία μας δεν χορηγεί στοιχεία και πληροφορίες από τους φακέλους των επιδοτούμενων σε άλλα πρόσωπα παρά μόνο στους ίδιους τους δικαιούχους κατόπιν υποβολής σχετικής αίτησης ή κατόπιν κατάθεσης νομίμων εγγράφων.*

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΝΟΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΔΗΜΟΣ ΠΕΙΡΑΙΑ

Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝ. ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΚΩΝ ΕΠΙΔΟΜΑΤΩΝ

ΧΡΗΣΙΜΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΜΕ ΠΡΟΣΟΧΗ ΤΟ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΑΥΤΟΥ ΤΟΥ ΕΝΤΥΠΟΥ

Α.Μ. Γρ.

## **ΕΠΙΔΟΤΟΥΜΕΝΟΥ ΒΑΡΙΑΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ**

\_\_\_\_\_

του \_\_\_\_\_

Η χορήγηση του επιδόματός σας

θα ανασταλεί στις \_\_\_\_\_

διότι λήγει η απόφαση της Υγειονομικής Επιτροπής που μας έχετε καταθέσει.

**Για να μη διακοπεί το επίδομα, πρέπει να μας προσκομίσετε νέα απόφαση ΚΕΠΑ  
εγκαίρως.**

**ΚΑΤΟΠΙΝ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΜΑΣ, ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ  
ΚΑΘΕ ΧΡΟΝΟ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΡΟΣΕΡΧΕΣΘΕ ΜΕ ΤΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΣΑΣ ΠΡΟΚΕΙΜΕΝΟΥ  
ΝΑ ΔΙΑΠΙΣΤΩΝΕΤΑΙ ΟΤΙ ΒΡΙΣΚΕΣΘΕ ΕΝ ΖΩΗ. ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΔΥΝΑΜΙΑΣ  
ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ ΘΑ ΠΡΟΣΕΡΧΕΤΑΙ ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΜΕΝΟΣ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΣ ΤΟΥ  
ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ**



Η ΑΙΤΗΣΗ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΑΙ ΓΙΑ ΟΣΟΥΣ ΘΕΛΟΥΝ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΓΙΑ ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΗ ΧΡΗΣΗ

ΑΡ. ΠΡΩΤ.: \_\_\_\_\_  
ΗΜΕΡ/ΝΙΑ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Α.Μ.: \_\_\_\_\_

Α.Μ. ΣΥΝΑΛ.: \_\_\_\_\_

ΕΠΙΔΟΜΑ: ΒΑΡΙΑΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

**Προς**

**ΔΗΜΟ ΠΕΙΡΑΙΑ**  
**Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ &**  
**ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ Υ ΠΗΡΕΣΙΩΝ**  
**ΤΜΗΜΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΚΩΝ**  
**ΕΠΙΔΟΜΑΤΩΝ**

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε

**ΑΙΤΗΣΗ**

ΕΠΩΝΥΜΟ \_\_\_\_\_

ΟΝΟΜΑ \_\_\_\_\_

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ \_\_\_\_\_

ΟΝΟΜΑ  
ΜΗΤΡΟ  
Σ \_\_\_\_\_

ΕΤΟΣ  
ΓΕΝΝΗΣΕ  
ΩΣ \_\_\_\_\_

ΑΡ.  
ΤΑΥΤΟ  
ΤΗΤΑΣ \_\_\_\_\_

Δ/ΝΣΗ \_\_\_\_\_

Βεβαίωση, στην οποία να αναγράφεται το  
συνολικό ποσό που εισέπραξα το έτος

**201\_\_**, από το επίδομα Βαριάς

Αναπηρίας,

για να τη χρησιμοποιήσω στη φορολογική

μου Δήλωση.

**ΑΡΙΘΜΟΣ** \_\_\_\_\_

**ΠΟΛΗ** \_\_\_\_\_

**Ο/Η ΑΙΤ** \_\_\_\_\_

**ΤΑΧ. ΚΩΔΙΚΑΣ** \_\_\_\_\_

**ΤΗΛΕΦΩΝΟ** \_\_\_\_\_

**ΠΕΙΡΑΙΑΣ** \_\_\_\_/\_\_\_\_/201\_\_\_\_