



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

[Άρθρο 8Ν. 1599/1986]

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών

[άρθρο 8

παρ. 4 Ν. 1599/1986]

ΠΡΟΣ {1}	ΔΗΜΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜ. ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΜΗΜΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΚΩΝ ΕΠΙΔΟΜΑΤΩΝ		
Ο-Η ΟΝΟΜΑ		ΕΠΩΝΥΜΟ	
ΟΝΟΜΑ ΚΑΙ ΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ			
ΟΝΟΜΑ ΚΑΙ ΕΠΩΝΥΜΟ ΜΗΤΕΡΑΣ			
ΗΜΕΡ/ΝΑΙ {2 } ΓΕΝΝΗΣΗΣ			
ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ			
ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ		ΤΗΛΕΦΩΝΟ	
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ			
ΟΔΟΣ		ΑΡΙΘΜΟΣ	TAX. ΚΩΔΙΚΟΣ
Δ/ΝΣΗ ΗΛΕΚΤΡ. ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ		ΦΑΞ	

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,

1. Κατοικώ μόνιμα στην παραπάνω διεύθυνση.
2. Τα χρήματα θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τις ανάγκες μου.
3. Συνοικώ με τα εξής άτομα:

4. Αναλαμβάνω την υποχρέωση να ενημερώσω αμέσως την Υπηρεσία σας για οποιαδήποτε μεταβολή συμβεί όπως αλλαγή κατοικίας, μετάβασής μου στο εξωτερικό, έναρξη εργασίας, θανάτου του συζύγου μου αν θεμελιώνω δικαίωμα συνταξιοδότησης λόγω χηρείας ή οποιασδήποτε άλλης οικονομικής ή μη οικονομικής μεταβολής. Δεν επιδοτούμαι από άλλο προνοιακό πρόγραμμα.

5. Η φορολογική δήλωση του οικον. έτους _____ είναι ακριβές φωτοαντίγραφο του πρωτοτύπου που κατέθεσα στην εφορία που ανήκω

5. Δεν εργάζομαι.

6. Συντηρούμε από _____

7. Δεν έχω εισόδημα ή περιουσιακό στοιχείο που να μου αποφέρει εισόδημα μεγαλύτερο από την εκάστοτε σύνταξη Υπερηλίκων του ΟΓΑ

8. Σε περίπτωση που αλλάξω κατοικία και μείνω σε περιοχή αρμοδιότητας άλλου Δήμου με αίτησή μου να ζητήσω την μεταφορά του φακέλου μου

9. Δηλώνω επίσης ότι γνωρίζω πως,

10. Η αδικαιολόγητη μη είσπραξη του επιδόματός μου επί μακρόν συνεπάγεται την διακοπή της επιδότησής μου.

11. Σε περίπτωση που η Υπηρεσία σας μου ζητήσει πρόσθετα δικαιολογητικά για την θεμελίωση του δικαιώματός μου για χορήγηση του επιδόματος ή λόγω αναθεώρησης του δικαιώματος αυτού και δεν τα προσκομίσω θα διακοπεί η επιδότησή μου.

12. Σε περίπτωση που δεν ενημερώσω την υπηρεσία σας για μεταβολή που συνεπάγεται διακοπή του επιδόματός μου θα επιστρέψω όσα χρήματα έχω λάβει αχρεωστήτως, (χωρίς να τα δικαιούμαι) από την ημερομηνία της μεταβολής.

13. Δεν θεμελιώνω δικαίωμα συνταξιοδότησης από δική μου εργασία, λόγω αναπηρίας ή γήρατος από κανένα ασφαλιστικό οργανισμό της Ελλάδος ή του Εξωτερικού.

14. Γνωρίζω ότι η Δ/νση Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικών Υπηρεσιών του Δήμου Πειραιά σε περίπτωση που από την παρούσα υπεύθυνη δήλωση δεν προκύπτει σαφώς το ασφαλιστικό μου καθεστώς αλλά και σε περίπτωση αμφιβολιών, μπορεί σύμφωνα με το άρθρο 8, παρ. 4 του Ν. 1599/1986 να ελέγχει με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (ασφαλιστικών φορέων) την ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται στη δήλωσή μου.

15. Ο τραπεζικός λογαριασμός, φωτοτυπία του οποίου σας καταθέτω, προκειμένου να εισπράττω το επίδομα, εκτός από εμένα ως πρώτο όνομα έχω ορίσει επίσης τα εξής άτομα:

Επίσης για οποιαδήποτε μεταβολή συμβεί στο βιβλιάριο τραπεζής οφείλω να σας ενημερώσω

ημερομηνία ____/____/____

Ο-Η Δηλ

[Υπογραφή]

1. Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.
2. Αναγράφεται ολογράφως.
3. «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει 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 εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτο ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.