



**Υπεύθυνη Δήλωση**

**Για τη χορήγηση μηνιαίας οικονομικής ενίσχυσης στα προστατευόμενα τέκνα θανόντων από τις πυρκαγιές που έπληξαν την Περιφέρεια Αττικής στις 23 και 24 Ιουλίου 2018.**

(ΚΥΑ Αριθμ. Δ 11 /οικ.42302/1511/1-8-2018 - ΦΕΚ 3177 Β')

<b>ΠΡΟΣ: ΟΠΕΚΑ - Διεύθυνση Οικογενειακών Επιδομάτων</b>		
<b>Ο αιτών / Η αιτούσα Δικαιούχος</b>		
Όνομα:	Επώνυμο:	
Όνομα Πατέρα:	Επώνυμο Πατέρα:	
Όνομα Μητέρας:	Επώνυμο Μητέρας:	
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας / Διαβατηρίου:		
Ημερομηνία γέννησης:	Τόπος γέννησης:	
ΑΦΜ:	ΔΟΥ:	ΑΜΚΑ:
<b>Στοιχεία Κατοικίας:</b> Δήμος ..... Κοινότητα/Οικισμός .....		
Οδός και Αριθμός ..... Τ.Κ. ....		
Τηλ.:	Κιν.:	E-mail:

**Δηλώνω υπεύθυνα ότι ο/η κάτωθι σύζυγός μου απεβίωσε στις πυρκαγιές που έπληξαν την Περιφέρεια Αττικής στις 23 και 24 Ιουλίου 2018 και έχω τα ακόλουθα φυσικά / θετά / αναγνωρισμένα / εξομοιούμενα τέκνα, για τα οποία παραθέτω τα παρακάτω στοιχεία:**

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΘΑΝΟΝΤΟΣ / ΘΑΝΟΥΣΗΣ ΣΥΖΥΓΟΥ**

Όνομα:	Επώνυμο:	
Όνομα Πατέρα:	Επώνυμο Πατέρα:	
Όνομα Μητέρας:	Επώνυμο Μητέρας:	
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας / Διαβατηρίου:		
ΑΦΜ:	ΔΟΥ:	ΑΜΚΑ:

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΩΝ ΤΕΚΝΩΝ**

<b>ΤΕΚΝΟ .... *</b>	
Όνομα:	Επώνυμο:
Όνομα Πατέρα:	Επώνυμο Πατέρα:
Όνομα Μητέρας:	Επώνυμο Μητέρας:
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας / Διαβατηρίου (αν υπάρχει):	
Ημερομηνία γέννησης:	Τόπος γέννησης:
ΑΦΜ (αν υπάρχει):	ΑΜΚΑ:
<b>Στοιχεία Δημότη:</b> Περιφερειακή Ενότητα ..... Δήμος .....	
Κοινότητα/Οικισμός ..... Οδός & Αριθμός ..... Τ.Κ. ....	
Αριθμός Οικογενειακής Μερίδας .....	
<b>Σημειώστε με Χ την κατηγορία του τέκνου:</b>	
<input type="checkbox"/> Τέκνο κάτω των 18 ετών	
<input type="checkbox"/> Τέκνο έως 19 ετών, Μαθητής Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης	
<input type="checkbox"/> Τέκνο άνω 19 και έως 25 ετών που σπουδάζει σε:	
<input type="checkbox"/> ΑΕΙ/ΤΕΙ <input type="checkbox"/> Κολλέγιο <input type="checkbox"/> ΕΠΑΛ-ΕΠΑΣ <input type="checkbox"/> ΙΕΚ <input type="checkbox"/> Ανώτερες-Ανώτατες Σχολές Δημοσίου <input type="checkbox"/> Αναγνωρισμένα Ιδρύματα Εξωτερικού ( αναφέρατε ίδρυμα-σχολή: ..... )	
<input type="checkbox"/> Τέκνο με ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω που είναι:	
<input type="checkbox"/> Άγαμο <input type="checkbox"/> Διαζευγμένο <input type="checkbox"/> Σε χηρεία    αρ. απόφ. υγειονομικής επιτροπής (ΚΕΠΑ/ΙΚΑ/ΑΣΥΕ/ΑΝΥΕ/ΑΑΥΕ κλπ): .....	

**ΤΕΚΝΟ .... \***

Όνομα:	Επώνυμο:
Όνομα Πατέρα:	Επώνυμο Πατέρα:
Όνομα Μητέρας:	Επώνυμο Μητέρας:
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας / Διαβατηρίου (αν υπάρχει):	
Ημερομηνία γέννησης:	Τόπος γέννησης:
ΑΦΜ (αν υπάρχει):	ΑΜΚΑ:
<b>Στοιχεία Δημότη:</b> Περιφερειακή Ενότητα ..... Δήμος ..... Κοινότητα/Οικισμός ..... Οδός & Αριθμός ..... Τ.Κ. .... Αριθμός Οικογενειακής Μερίδας .....	
<b>Σημειώστε με Χ την κατηγορία του τέκνου:</b>	
<input type="checkbox"/> Τέκνο κάτω των 18 ετών	
<input type="checkbox"/> Τέκνο έως 19 ετών, Μαθητής Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης	
<input type="checkbox"/> Τέκνο άνω 19 και έως 25 ετών που σπουδάζει σε:	
<input type="checkbox"/> ΑΕΙ/ΤΕΙ <input type="checkbox"/> Κολλέγιο <input type="checkbox"/> ΕΠΑΛ-ΕΠΑΣ <input type="checkbox"/> ΙΕΚ <input type="checkbox"/> Ανώτερες-Ανώτατες Σχολές Δημοσίου <input type="checkbox"/> Αναγνωρισμένα Ιδρύματα Εξωτερικού ( αναφέρατε ίδρυμα-σχολή: .....	
<input type="checkbox"/> Τέκνο με ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω που είναι:	
<input type="checkbox"/> Άγαμο <input type="checkbox"/> Διαζευγμένο <input type="checkbox"/> Σε χηρεία   αρ. απόφ. υγειονομικής επιτροπής (ΚΕΠΑ/ΙΚΑ/ΑΣΥΕ/ΑΝΥΕ/ΑΑΥΕ κλπ): .....	

\* ( Για περισσότερα τέκνα μπορείτε να εκτυπώσετε περισσότερα αντίγραφα αυτής της σελίδας, και να συμπληρώσετε τον αύξοντα αριθμό του τέκνου και τα σχετικά στοιχεία)

**Ο IBAN Τραπεζικού Λογαριασμού ή ΕΛΤΑ στον οποίο είμαι πρώτος δικαιούχος  
και στον οποίο θα πιστωθεί το ποσό είναι:**

<b>ΤΡΑΠΕΖΑ:</b> .....
<b>IBAN:</b> GR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Η παρούσα αίτηση (αρ.3 Ν.2690/1999) αποτελεί Υπεύθυνη Δήλωση του άρθρου 8<sup>[1]</sup> του Ν.1599/1986.

Δίνω τη συγκατάθεσή μου για την επεξεργασία και τον έλεγχο των στοιχείων που δηλώνω παραπάνω, με αρχεία άλλων υπηρεσιών / φορέων:

 **ΝΑΙ**

Ημερομηνία κατάθεσης: ...../...../2018  
Ο/Η αιτ..... και δηλ.....

(Υπογραφή)