

**Αίτηση-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')

Η παρούσα αίτηση - υπεύθυνη δήλωση συμπληρώνεται μόνο σε περίπτωση θανάτου και των δύο γονέων των ορφανών τέκνων που αποτελούν ίδια οικογένεια και υποβάλλεται από το φυσικό πρόσωπο που έχει με δικαστική απόφαση την επιτροπεία - επιμέλεια των ανήλικων τέκνων ή, προκειμένου για ενήλικα τέκνα ορφανά και από τους δύο γονείς, υποβάλλεται από το μεγαλύτερο σε ηλικία τέκνο, δηλώνοντας ως εξαρτώμενα τέκνα, τον εαυτό του και τα αδέρφια του.

(παρ. 2, του άρθρου 5 της ΚΥΑ αριθμ. Δ11/οικ.42302/1511/1-8-2018 - ΦΕΚ 3177 Β')

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

Δηλώνω υπεύθυνα ότι ασκώ την επιμέλεια με δικαστική απόφαση των κάτωθι προστατευομένων τέκνων των οποίων οι γονείς απεβίωσαν στις πυρκαγιές που έπληξαν την Περιφέρεια Αττικής στις 23 και 24 Ιουλίου 2018 και παραθέτω τα ακόλουθα στοιχεία:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΘΑΝΟΝΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ

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

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

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΩΝ ΤΕΚΝΩΝ

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:
Στοιχεία Δημότης: Περιφερειακή Ενότητα Δήμος Κοινότητα/Οικισμός Οδός & Αριθμός Τ.Κ. Αριθμός Οικογενειακής Μεριδάς	
Σημειώστε με Χ την κατηγορία του τέκνου: <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"/> ΙΕΚ <input type="checkbox"/> Κολέγιο <input type="checkbox"/> ΕΠΑΛ-ΕΠΑΣ <input type="checkbox"/> Σχολές Δημοσίου ανώτερης-ανώτατης εκπαίδευσης <input type="checkbox"/> Αναγνωρισμένα Ιδρύματα Εξωτερικού (Αναφέρατε το 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 Αριθμός απόφασης Υγειονομικής Επιτροπής (ΚΕΠΑ/ΙΚΑ/ΑΣΥΕ/ΑΝΥΕ/ΑΑΥΕ κλπ):	Σημειώστε με Χ τη σχέση του τέκνου με τους θανόντες γονείς: <input type="checkbox"/> Τέκνο φυσικό, θετό, αναγνωρισμένο ή εξομοιούμενο <input type="checkbox"/> Τέκνο από προηγούμενο γάμο του ενός ή και των δύο συζύγων, σε περίπτωση εγγάμων, εφόσον υπήρχε απόφαση για την επιμέλειά του ή, προκειμένου για ενήλικο τέκνο, εφόσον υπήρχε κύρια ή αποκλειστική ευθύνη διατροφής του. <input type="checkbox"/> Τέκνο άγαμου πατέρα, εφόσον ο άγαμος πατέρας το είχε αναγνωρίσει με συμβολαιογραφική πράξη ή με δικαστική απόφαση και είχε την επιμέλεια με δικαστική απόφαση ή με συμβολαιογραφική πράξη. <input type="checkbox"/> Τέκνο συζύγων σε διάσταση, εφόσον ο θανών γονέας είχε με δικαστική απόφαση ή με συμβολαιογραφική πράξη ή με ιδιωτικό συμφωνητικό την επιμέλειά του ή, προκειμένου για ενήλικο τέκνο, εφόσον είχε την κύρια ή αποκλειστική ευθύνη διατροφής του. Σχετική απόφαση / συμβολαιογραφική πράξη:

* (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 θα πιστωθεί το ποσό είναι:

ΤΡΑΠΕΖΑ:
IBAN: 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^[1] 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)