



Αρ. Πρωτ.:

(Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία)

Αίτηση-Υπεύθυνη Δήλωση**Για τη Χορήγηση Εφάπαξ Οικονομικής Ενίσχυσης σε άτομα που υπέστησαν τραυματισμό κατά τις πυρκαγιές που έπληξαν περιοχές της Περιφέρειας Αττικής στις 23 και 24 Ιουλίου 2018**

(ΚΥΑ Αριθμ. Γ.Π./Δ12/οικ.64662/1976 ΦΕΚ 5529 Β')

ΠΡΟΣ: ΟΠΕΚΑ - Διεύθυνση Παροχών Κοινωνικής Αλληλεγγύης		
Ο αιτών / Η αιτούσα		
Όνομα:	Επώνυμο:	
Όνομα Πατέρα:	Επώνυμο Πατέρα:	
Όνομα Μητέρας:	Επώνυμο Μητέρας:	
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας / Σχετική προσωρινή βεβαίωση αρμόδιας αρχής / Διαβατηρίου:		
Ημερομηνία γέννησης:	Τόπος γέννησης:	
ΑΦΜ:	ΔΟΥ:	ΑΜΚΑ:
Στοιχεία Κατοικίας: ΔήμοςΚοινότητα/Οικισμός..... Οδός και Αριθμός Τ.Κ.		
Τηλ.:	Fax:	E-mail:

Δηλώνω υπεύθυνα ότι:

(Σημειώστε με X την κατηγορία που σας αφορά)

Κατηγορία 1.
 Νοσηλεύτηκα / Εξακολουθώ να νοσηλεύομαι για χρονικό διάστημα άνω των 48 ωρών συνεπεία των πυρκαγιών της 23^{ης} και 24^{ης} Ιουλίου 2018:

Χρονικό διάστημα νοσηλείας:
Νοσοκομείο:

Κατηγορία 2.
 Είμαι ο/η γονέας / το πρόσωπο που έχει με δικαστική απόφαση ή συμβολαιογραφική πράξη ή ιδιωτικό συμφωνητικό την επιμέλεια ή την κύρια ή αποκλειστική ευθύνη διατροφής του προστατευόμενου τέκνου, το οποίο νοσηλεύτηκε / εξακολουθεί να νοσηλεύεται για χρονικό διάστημα άνω των 48 ωρών συνεπεία των πυρκαγιών της 23^{ης} και 24^{ης} Ιουλίου 2018:

Όνοματεπώνυμο τέκνου:
Χρονικό διάστημα νοσηλείας:
Νοσοκομείο:
Αριθμός δικαστικής απόφασης/συμβολαιογραφικής πράξης/ιδιωτικού συμφωνητικού (συμπληρώνεται υποχρεωτικά):

Κατηγορία 3.
 Έχω οριστεί ως δικαστικός συμπαραστάτης του κάτωθι ατόμου, το οποίο νοσηλεύτηκε / εξακολουθεί να νοσηλεύεται για χρονικό διάστημα άνω των 48 ωρών συνεπεία των πυρκαγιών της 23^{ης} και 24^{ης} Ιουλίου 2018:

Όνοματεπώνυμο ατόμου που τελεί υπό καθεστώς δικαστικής συμπαραστάσης:
Χρονικό διάστημα νοσηλείας:

Νοσοκομείο:
Αριθμός δικαστικής απόφασης (συμπληρώνεται υποχρεωτικά):

*** Εξουσιοδοτώ τον/την κάτωθι να υποβάλει εκ μέρους μου την παρούσα αίτηση:**

Όνομα:	Επώνυμο:	
Όνοματεπώνυμο Πατέρα:	Αριθμός Δ.Τ./Διαβατηρίου:	
Τόπος Κατοικίας: Τ.Κ.:	Οδός & Αριθμός:	
Τηλ.:	Fax:	E-mail:

- *1. Συμπληρώνεται σε περίπτωση υποβολής της αίτησης από νόμιμα εξουσιοδοτημένο εκπρόσωπο.
*2 Σε περίπτωση ορισμού εκπροσώπου με τη συμπλήρωση του ανωτέρω πίνακα, στην παρούσα δήλωση θα πρέπει να θεωρηθεί το **γνήσιο της υπογραφής** από Δημόσια Υπηρεσία ή ΚΕΠ. Εναλλακτικά μπορεί να επισυναφθεί συμβολαιογραφικό πληρεξούσιο.

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"/> <input type="checkbox"/>

Η παρούσα αίτηση (αρ.3 Ν.2690/1999) αποτελεί Υπεύθυνη Δήλωση του άρθρου 8¹¹ του Ν.1599/1986.

Επισημαίνεται με σφραγίδα για το σύνολο των δικαιολογητικών που απαιτούνται για την εξέταση του αίτησης υπηκόων / υπηκόων.

αυτή είναι η μορφή του κειμένου της αίτησης, ελαττώστε και σφραγιστείτε με την επωνυμία και τον έλεγχο των στοιχείων που δηλώνετε με σφραγίδα

ΝΑΙ

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

(Υπογραφή)

