



**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ( συνδικαιούχου τυφλού )**

(άρθρο 8 Ν.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)

<b>ΠΡΟΣ<sup>(1)</sup>:</b>	<b>ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ, ΠΑΙΔΕΙΑΣ &amp; ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ</b>						
	<b>ΔΗΜΟΥ ΣΑΛΑΜΙΝΑΣ</b>						
<b>Ο - Η Όνομα:</b>		<b>Επώνυμο:</b>					
<b>Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:</b>							
<b>Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:</b>							
<b>Ημερομηνία γέννησης<sup>(2)</sup>:</b>							
<b>Τόπος Γέννησης:</b>							
<b>Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:</b>		<b>Τηλ:</b>					
<b>Τόπος Κατοικίας:</b>		<b>Οδός:</b>		<b>Αριθ:</b>		<b>ΤΚ:</b>	
<b>Α.Φ.Μ.</b>		<b>Α.Μ.Κ.Α.</b>					

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις <sup>(3)</sup>, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι ο δικαιούχος του επιδόματος :

- α. Διαμένει μόνιμα στ... .. οδός ..... αρ. ....
- β. Το επίδομα θα χρησιμοποιηθεί αποκλειστικά για τις ανάγκες του ενδιαφερόμενου.
- γ. Δεν παίρνει οικονομική ενίσχυση ή σύνταξη λόγω τυφλότητας από οποιαδήποτε πηγή της Ελλάδας ή του εξωτερικού.
- δ. Είναι συνταξιούχος του ασφαλιστικού φορέα .....
- ε. Δεν παίρνει επίδομα από κανένα άλλο προνοιακό πρόγραμμα .
- στ. Είναι άνεργος ανασφάλιστος ή έμμεσα ασφαλισμένος στο φορέα ..... από τ...  
..... ή άμεσα ασφαλισμένος στο φορέα ..... ή έχει βιβλιάριο νοσηλείας Πρόνοιας ( **διαγράφονται οι λέξεις που δε σας αφορούν** ) .
- ζ. Εργάζεται / δεν εργάζεται σήμερα ως .....
- η. Παλαιότερα εργάζονταν ως ..... Συνολικός χρόνος εργασίας ..... Ασφαλιστικό Ταμείο ..... Προϋπηρεσία (περίπου) .....
- θ . Αναλαμβάνω την υποχρέωση να ενημερώσω αμέσως την Υπηρεσία σας για οποιαδήποτε μεταβολή

των στοιχείων που δηλώνω σήμερα , όπως : Έναρξη εργασίας , αλλαγή ασφαλιστικής κατάστασης , συνταξιοδότηση από οποιαδήποτε πηγή ( δημόσιο ασφαλιστικό φορέα ) , αλλαγή διεύθυνσης κατοικίας , μετοίκιση στο εξωτερικό , αλλαγή τηλεφώνου , κλπ. ή θάνατο του δικαιούχου .

ι. Σε περίπτωση που δεν ενημερώσω την υπηρεσία σας για μεταβολή που έχει ως αποτέλεσμα τη διακοπή του επιδόματος , θα επιστρέψω όσα χρήματα πάρω αχρεωστήτως.

ια . Έχω λάβει γνώση των προϋποθέσεων που απαιτούνται για την ένταξη στο συγκεκριμένο πρόγραμμα επιδότησης .

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

(4)

---

**Ημερομηνία: ....../...../20.....**

**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 τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.