

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ ΚΩΦΩΣΗΣ - ΒΑΡΗΚΟΩΝ

- 1) Αίτηση του ενδιαφερόμενου ή του νόμιμου εκπροσώπου του.
- 2) **Γνωμάτευση Πιστοποίησης Αναπηρίας** από τα αρμόδια ΚΕΠΑ.
 - Για τις ηλικίες από 19 έως 65 ετών στην ανωτέρω Γνωμάτευση θα πρέπει να βεβαιώνεται ότι ταυτόχρονα με την κωφολαλία υπάρχει και άλλη χρόνια πάθηση σωματική ή πνευματική ή ψυχική.
- 3) Φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας του δικαιούχου. Σε περίπτωση ανηλικού φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας και των δύο γονέων.
- 4) Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης από το Δήμο στον οποίο ανήκετε.
- 5) Λογαριασμός ΔΕΗ ή ΟΤΕ ή ΕΥΔΑΠ ή μισθωτήριο συμβόλαιο στο όνομα του δικαιούχου **ΚΑΙ** σε περίπτωση φιλοξενίας Υπεύθυνη δήλωση του Ν.1599/86 του ατόμου που σας φιλοξενεί θεωρημένη για το γνήσιο της υπογραφής.
- 6) Φωτοαντίγραφο Φορολογικής Δήλωσης (Ε1) και του Εκκαθαριστικού Σημειώματος του αιτούντος
 - Σε περίπτωση που ο δικαιούχος είναι ανήλικος χρειάζεται η βεβαίωση απόδοσης ΑΦΜ του, ΚΑΙ απαραίτητη κρίνεται η φορολογική δήλωση των δύο γονέων του που τον δηλώνουν ως προστατευόμενο μέλος.
- 7) Φωτοτυπία του βιβλιαρίου ασθενείας (**σελίδα φωτογραφίας & τελευταία θεώρηση & το πρωτότυπο**).
 - **Στην περίπτωση που λαμβάνετε σύνταξη απαιτείται και βεβαίωση από τον ασφαλιστικό σας φορέα.**
- 8) Βεβαίωση ΑΜΚΑ.
- 9) Αριθμό πρωτοκόλλου των ΚΕΠΑ.
- 10) Λογαριασμό Τραπέζης (φωτοτυπία πρώτης σελίδας βιβλιαρίου) με πρώτο το όνομα του δικαιούχου όπου αναγράφεται ο κωδικός λογαριασμού IBAN.
- 11) Για τις ηλικίες 19-25 ετών απαιτείται βεβαίωση σπουδών από τη σχολή στην οποία φοιτά ο ενδιαφερόμενος.(Τη βεβαίωση αυτή θα προσκομίζετε κάθε Σεπτέμβριο στην Υπηρεσία μας για το νέο ακαδημαϊκό έτος).
- 12) Υπεύθυνη Δήλωση του Ν.1599/86(θεωρημένη για το γνήσιο της υπογραφής),στην οποία να δηλώνονται τα εξής:
 - Η μόνιμη κατοικία.
 - Η παρεχόμενη οικονομική ενίσχυση θα χρησιμοποιηθεί αποκλειστικά για τις ανάγκες του επιδοτούμενου.
 - Αναλαμβάνει την υποχρέωση να ειδοποιήσει την αρμόδια υπηρεσία για κάθε μεταβολή, όπως εισαγωγή σε Νοσοκομείο ή Ίδρυμα, αλλαγή διεύθυνσης κατοικίας, συνταξιοδότηση από οποιοδήποτε φορέα (λόγω αναπηρίας), επιδότηση από άλλο Ταμείο, ανεύρεση εργασίας, κ.λ.π.
 - Το ίδιο άτομο ή άλλο μέλος της οικογένειας του δεν εισπράττει άμεσα ή έμμεσα άλλη οικονομική ενίσχυση από οποιαδήποτε πηγή της ημεδαπής ή αλλοδαπής για την ίδια πάθηση (κωφολαλία). **Στην**

περίπτωση αυτή δεν περιλαμβάνεται η σύνταξη από ασφαλιστικό οργανισμό ή από το Δημόσιο.

Σε περίπτωση που ο δικαιούχος είναι ανήλικος η ανωτέρω υπεύθυνη δήλωση του Ν.1599/86 υποβάλλεται και από τους δύο γονείς.

Η υπηρεσία μας επιφυλάσσεται να ζητήσει όποια πρόσθετα δικαιολογητικά εφόσον αυτά θεωρηθούν απαραίτητα.

Τηλέφωνο: 210-9961973

ΩΡΑΡΙΟ: ΔΕΥΤΕΡΑ ΚΑΙ ΤΕΤΑΡΤΗ 11:00 ΕΩΣ 13:00