**Πρόγραμμα Κωφαλάλων**

**ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ**

1. Άτομα που είναι εκ γενετής κωφά ή βαρήκοα και δεν έχουν αναπτύξει λόγο εξαιτίας της κωφότητας ή της βαρηκοΐας τους.

**2α**.Άτομα ηλικίας 19-25 ετών που φοιτούν σε σχολείο, κατώτερες μέσες ή ανώτερες τεχνικές ή επαγγελματικές σχολές ή σχολές του ΟΑΕΔ ή μονάδες επαγγελματικής κατάρτισης που λειτουργούν σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.963/1979(ΦΕΚ 202/Ά).

**β**.Κωφάλαλοι ηλικίας έως και 18 ετών καθώς και οι μεγαλύτεροι των 65 χρονών καθώς και οι μεγαλύτεροι των 65 χρονών ανεξάρτητα αν έχουν ή όχι μαζί με την κωφαλαλία και άλλη χρόνια σωματική , πνευματική πάθηση ή βλάβη.

**γ**.Κωφάλαλοι 19-65 ετών που κρίνονται ανίκανοι για κάθε βιοποριστική εργασία από τις Α/θμιες επιτροπές του ΚΕΠΑ λόγω ταυτόχρονης με την ταυτόχρονης με την κωφαλαλία άλλη χρόνια σωματική , πνευματική πάθηση ή βλάβη.

**Απαιτούμενα δικαιολογητικά:**

1. Αίτηση του πατέρα ή της μητέρας ή του κηδεμόνα της οικογένειας στην οποία ζει ο/η κωφός (Κωφάλαλος) .
2. Γνωμάτευση ΚΕ.Π.Α με πιστοποίηση την κωφαλαλία ή βαρηκοΐα εκ γενετής & δεν έχουν αναπτύξει λόγο εξαιτίας της κωφότητας ή της βαρηκοΐας τους .
3. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης ή πιστοποιητικό γέννησης (ζητείται αυτεπάγγελτα από την Υπηρεσία μας).
4. Απόκομμα σύνταξης ή απόφαση συνταξιοδότησης του ασφαλιστικού του φορέα (αν λαμβάνει σύνταξη).
5. Φωτοαντίγραφο Αστυνομικής Ταυτότητας / Διαβατηρίου του ενδιαφερόμενου, αν είναι πάνω από 16 χρονών, καθώς και του διαχειριστή (επικυρωμένα).
6. Επικυρωμένη φωτοτυπία του βιβλιαρίου ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης του επιδοτούμενου , θεωρημένο για το τρέχον έτος.
7. ΑΜΚΑ, ΑΦΜ & ΙΒΑΝ λογαριασμού με πρώτο όνομα του Κωφάλαλου & δεύτερο του κηδεμόνα.
* Υπεύθυνη Δήλωση του άρθρου 8 του Ν.1599/1986 του κωφάλαλου ή του υπευθύνου είσπραξης, όπου δηλώνονται τα παρακάτω:
1. Η οικονομική ενίσχυση θα χρησιμοποιείται αποκλειστικά για τις ανάγκες του Κωφάλαλου ατόμου & η μόνιμη κατοικία του.
2. Ο Κωφάλαλος . δεν παίρνει, για την ίδια αιτία άλλη οικονομική ενίσχυση ή σύνταξη από άλλη πηγή της ημεδαπής ή αλλοδαπής. Αν παίρνει , το ποσό ……….€ , και ορισμός του είδους αναπηρίας Ο ασφαλιστικός φορέας, όπου είναι ασφαλισμένος ο Κωφάλαλος (έμμεσα ή άμεσα).
3. Θα ειδοποιηθεί αμέσως η Υπηρεσία σε περίπτωση αλλαγής της κατάστασής του , όπως μετάβαση στο εξωτερικό ,αλλαγή τόπου κατοικίας , περίπτωση θανάτου κ.λ.π.
4. Οι γονείς ή οι κηδεμόνες κωφαλάλων παιδιών έως και 18 χρονών δηλώνουν αν τα παιδία τους φοιτούν ή όχι σε σχολεία.

Αν φοιτούν ,υποβάλλουν βεβαίωση εγγραφής στο σχολείο φοίτησης με την έναρξη του σχολικού έτους.

Όταν η υπεύθυνη δήλωση υποβάλλεται από τον κηδεμόνα του Κωφαλάλου, αυτός δηλώνει ότι το μηνιαίο επίδομα χρησιμοποιείτε αποκλειστικά για τις ανάγκες του επιδοτούμενου Κωφάλαλου ,και υποχρεούται να ενημερώσει την Υπηρεσία για οποιαδήποτε μεταβολή της κατάστασης του .

**Διαδικασία:**

* + Υποβολή αίτησης και δικαιολογητικών.
	+ Έλεγχος - Απόφαση.
	+ Αποστολή αντίγραφου απόφασης στο δικαιούχο.

**Σημείωση:**

Το επίδομα χορηγείται ανά δίμηνο.

**Τηλέφωνο επικοινωνίας:** 25510-88148, 88147, 88144, 88143, 88142