**Πρόγραμμα Παραπληγικών ανασφαλίστων και ασφαλισμένων Δημοσίου**.

**Απαιτούμενα δικαιολογητικά:**

1)    Αίτηση του ενδιαφερομένου. Σε περίπτωση που αδυνατεί να προσέλθει ο ίδιος, αίτηση του νόμιμου αντιπροσώπου του, η οποία θα συνοδεύεται από εξουσιοδότηση θεωρημένη για το γνήσιο της υπογραφής ή πληρεξούσιο.  
2)    Απόφαση Υγειονομικής Επιτροπής ΚΕΠΑ   
3)    Φωτοτυπία Εκκαθαριστικού Εφορίας (επίδειξη πρωτοτύπου).  
4)    Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.  
5)    Φωτοτυπία Αστυνομικής Ταυτότητας (επίδειξη πρωτοτύπου )  
6)    Φωτοτυπία βιβλιαρίου ασθενείας ,σελίδα φωτογραφίας και τελευταία θεώρηση. (επίδειξη πρωτοτύπου).  
7)    Υπεύθυνη Δήλωση, στην οποία θα δηλώνονται τα ακόλουθα, ότι:  
α) Θα χρησιμοποιηθεί η οικονομική ενίσχυση για τις ανάγκες του δικαιούχου.  
β) Δεν λαμβάνει για την ίδια αιτία οικονομική ενίσχυση από οποιαδήποτε άλλη πηγή της  
       ημεδαπής ή της αλλοδαπής.  
γ) Δεν περιθάλπεται σε κλειστό Ίδρυμα Προνοιακού χαρακτήρα.( Σε αντίθετη περίπτωση  
             θα προσκομίζεται σχετική βεβαίωση).  
δ) Για κάθε αλλαγή θα ενημερωθεί η Υπηρεσία   (αλλαγή κατοικίας-εισαγωγή σε ίδρυμα-  
       αλλαγή ασφάλισης και μορφολογίας αποδοχών ,συνταξιοδότησης κλπ.).  
ε) Κάθε Φεβρουάριο αναλαμβάνω να προσκομίζω τα απαραίτητα δικαιολογητικά, χωρίς άλλη ειδοποίηση από την Υπηρεσία σας.  
- (ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΥΣ) Δεν είναι ασφαλισμένος στο Δημόσιο ή σε  
     οποιοδήποτε άλλο φορέα της ημεδαπής ή της αλλοδαπής.  
- Δεν λαμβάνει για την ίδια αιτία οικονομική ενίσχυση από οποιαδήποτε άλλη πηγή της  
        ημεδαπής ή της αλλοδαπής.  
8)    Οι ασφαλισμένοι του Δημοσίου θα προσκομίζουν:  
α)  Οι εν ενεργεία, βεβαίωση υπηρεσίας και μηνιαίων αποδοχών.  
β) Οι συνταξιούχοι, ενημερωτικό σημείωμα συντάξεως Γενικού Λογιστηρίου, καθώς  
   και όποιας άλλης σύνταξης τυχόν υπάρχει.  
9)    Οι ανασφάλιστοι θα προσκομίζουν:  
      Βεβαιώσεις από Ι.Κ.Α., ΟΑΕΕ, Ο.Γ.Α. και Ν.Α.Τ. από τις  οποίες να  
     προκύπτει, αν ο ενδιαφερόμενος είναι ασφαλισμένος ή συνταξιούχος του φορέα, όπως  
     και αν λαμβάνει ή δικαιούται να λάβει, επίδομα παραπληγίας, από το φορέα που τυχόν  
     βρεθεί εγγεγραμμένος. (ζητούνται αυτεπάγγελτα από την Υπηρεσία)  
10)    Σε περίπτωση ανηλίκου, υπεύθυνη δήλωση Ν. 1599/86 του άλλου γονέα ότι δέχεται να εισπράττει το επίδομα του παιδιού του ο ή η σύζυγος, θεωρημένη για το γνήσιο της υπογραφής.  
11)    Αριθμό Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης του δικαιούχου και του υπευθύνου είσπραξης.  
12)    Αριθμό Φορολογικού Μητρώου του δικαιούχου και του υπευθύνου είσπραξης.  
13)    ΙΒΑΝ λογαριασμού, με πρώτο το όνομα του δικαιούχου.

Το επίδομα χορηγείται ανά δίμηνο.

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