**Πρόγραμμα αιμολυτικών, AIDS**

Διακαιολογητικά:

1. Αίτηση του ενδιαφερόμενου ή του νόμιμου εκπρόσωπου (**χορηγείται από την υπηρεσία).**
2. Φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου ή Δελτίου Ταυτότητας Ομογενούς του ενδιαφερόμενου.
3. Άδεια διαμονής για τους δικαιούχους του άρθρου 3 παρ. β από το οικείο Αστυνομικό Τμήμα της κατοικίας του.
4. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης, από τον Δήμο, όπου είναι γραμμένο το προς επιδότηση άτομο (αναζητείται υποχρεωτικά από την υπηρεσία).
5. Αντίγραφο γνωμάτευσης της Επιτροπής **ΚΕΠΑ του ΙΚΑ** του τόπου κατοικίας
6. Φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας του υπευθύνου είσπραξης.
7. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 στην οποία θα δηλώνονται τα παρακάτω **(χορηγείται από την Υπηρεσία)**:
8. Ότι το επίδομα θα χρησιμοποιηθεί για τις ανάγκες του δικαιούχου.
9. Ότι λαμβάνει την υποχρέωση να ενημερώσει αμέσως την υπηρεσία όταν συντρέχουν οι εξής λόγοι:

α. Βελτίωση της κατάστασής υγείας του.

β. Αλλαγή του τόπου κατοικίας του.

γ. Απουσία του στο εξωτερικό για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο από 6 μήνες.

δ. Περίθαλψη σε νοσηλευτικό ίδρυμα ή παραμονή του ανάπηρου ατόμου εσωτερικά σε προνοιακή δομή, για χρονικό διάστημα μεγαλύτερου του 3μήνου.

ε. Ότι το επίδομα θα εισπράττει το ίδιο ανάπηρο άτομο ή θα ορίζει ονομαστικά και με αριθμό αστυνομικής ταυτότητας τον υπεύθυνο για είσπραξη του επιδόματος.

1. ΑΦΜ (και των δύο: δικαιούχου και εκπροσώπου)
2. ΑΜΚΑ (και των δύο: δικαιούχου και εκπροσώπου)
3. IBAN Τράπεζας (πρώτο όνομα του δικαιούχου και δεύτερο του εκπροσώπου)
4. Βιβλιάριο υγείας (φωτοτυπία της πρώτης σελίδας και της θεώρησης)