**Πρόγραμμα εγκεφαλικής παράλυσης(0 έως 18 ετών)**

Δικαιολογητικά:

1.Αίτηση του πατέρα ή της μητέρας ή του κηδεμόνα σπαστικού (**χορηγείται από την υπηρεσία).**

2.Φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου ή Δελτίου Ταυτότητας Ομογενούς του ενδιαφερόμενου (δικαιούχου και εκπροσώπου)

3.Ληξιαρχική Πράξη Γέννησης ή Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.

4.Βεβαίωση μόνιμης κατοικίας

5. Αντίγραφο γνωμάτευσης της Επιτροπής **ΚΕΠΑ του ΙΚΑ** του τόπου κατοικίας

6. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 στην οποία θα δηλώνονται τα παρακάτω **(χορηγείται από την Υπηρεσία)**:

1. Ότι το επίδομα θα χρησιμοποιηθεί για τις ανάγκες του δικαιούχου.
2. Ότι λαμβάνει την υποχρέωση να ενημερώσει αμέσως την υπηρεσία για κάθε μεταβολή που αφορά τον δικαιούχο.

α. Αλλαγή του τόπου κατοικίας του ή μετοίκησης σε άλλο Νομό.

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

γ. Αλλαγή της ασφαλιστικής κατάστασης του δικαιούχου. Λήψη σύνταξης, επιδόματος ή άλλης οικονομικής ενίσχυσης άμεσα ή έμμεσα ή εκ μεταβιβάσεως από οποιαδήποτε πηγή της ημεδαπής ή αλλοδαπής, απουσίας στο εξωτερικό ,έναρξη εργασίας κλπ.

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 άτομο που έχει οριστεί ονομαστικά ως υπεύθυνο για την είσπραξη του επιδόματος.

στ. Ότι ο δικαιούχος δεν εισπράττει σύνταξη ή επίδομα από καμιά πηγή του εσωτερικού ή εξωτερικού.

 7. ΑΦΜ (και των δύο: δικαιούχου και εκπροσώπου)

 8. ΑΜΚΑ (και των δύο: δικαιούχου και εκπροσώπου)

 9. IBAN Τράπεζας (πρώτο όνομα του δικαιούχου και δεύτερο του εκπροσώπου)

10. Βιβλιάριο υγείας (φωτοτυπία της πρώτης σελίδας και της θεώρησης)