



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

--	--	--	--

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος: «Χορήγηση Οικονομικής Ενίσχυσης Βαρίας Νοητικής Καθυστέρησης (Β.Ν.Κ.)»

ΣΗΜΕΙΩΣΗ:

Η Αίτηση - Υπεύθυνη Δήλωση συμπληρώνεται από τον πατέρα τη μητέρα ή τον κηδεμόνα της οικογένειας στην οποία ζει το άτομο με Β.Ν.Κ.

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		<i>Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία</i>	

* Δ/ση Κοινωνικής Πρόνοιας της οικείας Ν.Α.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο - Η Όνομα:		Επώνυμο:	
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:	
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:	
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ.:	
Ημερομηνία γέννησης ⁽¹⁾ :		Τόπος Γέννησης:	
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:	
		Αριθ:	ΤΚ:
Τηλ:		Fax:	
		E - mail:	
Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης		Αριθμός Μητρώου Κάρτας Αναπηρίας	

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ⁽⁴⁾ (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:	
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:	Τ.Κ.:
Τηλ:		Fax:	
		E - mail:	

**ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ⁽³⁾	ΔΕΝ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ
1. Γνωμάτευση Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Επιτροπής ή Δευτεροβάθμιας σε περίπτωση ένστασης*.	<input type="checkbox"/>		
2. Υπεύθυνη Δήλωση του υπεύθυνου εισπραχης** (είναι ενσωματωμένη στο έντυπο).	<input type="checkbox"/>		
3. Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο ταυτότητας του υπεύθυνου εισπραχης και του ατόμου με ΒΝΚ, εάν αυτό είναι άνω των 16 ετών.	<input type="checkbox"/>		
4. Δικαστική απόφαση με την οποία έχει τεθεί υπό δικαστική αντίληψη ή εποπτεία ο ΒΝΚ (η απόφαση αυτή υποβάλλεται στις περιπτώσεις που ο ΒΝΚ είναι άνω των 18 ετών και το επίδομα δεν εισπράττουν οι γονείς του).	<input type="checkbox"/>		
5. Φωτοαντίγραφο του βιβλιαρίου Ιατροφαρμακευτικής περιθάλψης του υπευθύνου εισπραχης και του ίδιου του Β.Ν.Κ.	<input type="checkbox"/>		

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

* Στις γνωματεύσεις πρέπει να βεβαιώνεται ότι το πρόσωπο που εξετάστηκε πάσχει από Βαριά Νοητική Καθυστέρηση και έχει δείκτη νοημοσύνης (ΔΝ) μέχρι και 30. για την έκδοση της γνωμάτευσης θα πρέπει ο ενδιαφερόμενος να υποβάλει στην αρμόδια Υγειονομική Επιτροπή της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης του τόπου κατοικίας του, βεβαίωση ιατρού ψυχιάτρου, διευθυντού κλινικής ή Επιμελητή Α' Κρατικού Νοσοκομείου ή Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής, θεωρημένη για το γνήσιο της υπογραφής του από το Διοικητικό Διευθυντή ή το μόνιμο αναπληρωτή του.

** Στην Υ.Δ. δηλώνονται τα εξής: **α)** Η μόνιμη κατοικία του ενδιαφερόμενου, **β)** ότι η οικονομική ενίσχυση θα χρησιμοποιείται αποκλειστικά για τις ανάγκες του ΒΝΚ, **γ)** ότι ο ΒΝΚ δεν παίρνει άμεσα ή έμμεσα άλλη οικονομική ενίσχυση ή σύνταξη από οποιαδήποτε πηγή για την ίδια αιτία ή ότι παίρνει για την ίδια αιτία χρηματικό ποσό (αναγράφεται το ποσό) ως επίδομα, προσαύξηση μισθού ή συντάξεως, ως τροφείο ή νοσήλιο ασφαλιστικών οργανισμών κλπ, **δ)** ο ΒΝΚ είναι ασφαλισμένος άμεσα ή έμμεσα στο Δημόσιο, ΙΚΑ, ΤΕΒΕ, ΟΓΑ κλπ. Ειδικά οι ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ, οι οποίοι έχουν ασφαλίσει έμμεσα των ενδιαφερόμενο να δηλώσουν αν είναι εργαζόμενοι ή συνταξιούχοι. Οι συνταξιούχοι να προσκομίσουν και απόκομμα σύνταξης. Οι ανασφάλιστοι να δηλώνουν ότι δεν έχουν καμία ασφάλιση (σε ορισμένες περιπτώσεις δεν αρκεί η υπεύθυνη δήλωση και απαιτείται βεβαίωση), **ε)** ότι αναλαμβάνει την υποχρέωση να ειδοποιήσει την αρμόδια υπηρεσία Κοινωνικής Πρόνοιας της Ν.Α. του τόπου κατοικίας του σε περίπτωση εισαγωγής του ΒΝΚ για νοσηλεία σε Ίδρυμα ή Νοσοκομείο, εφόσον η δαπάνη περιθάλψης δεν καλύπτεται αποκλειστικά από την οικογένεια πλησίον της οποίας διαβιώνει ο ΒΝΚ καθώς και σε οποιαδήποτε αλλαγή των δηλωθέντων στοιχείων, όπως αλλαγή του τόπου κατοικίας, λήψη οικονομικής ενίσχυσης από άλλο φορέα ή συντάξεως ή αυξήσεως της αναπηρικής συντάξεως που παίρνει ο ΒΝΚ από τον ασφαλιστικό του φορέα, θανάτου κλπ.

ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ:

1. Τα άτομα να έχουν Βαριά Νοητική Καθυστέρηση με Δείκτη Νοημοσύνης κάτω του 30. για παιδιά ηλικίας μέχρι 2 ½ ετών δεν προσδιορίζεται ο δείκτης νοημοσύνης. Στις περιπτώσεις αυτές οι γνωματεύσεις πρέπει να αναφέρουν μόνο ότι το παιδί πάσχει από Βαριά Νοητική Καθυστέρηση.
2. Τα ΒΝΚ να μη λαμβάνουν για την ίδια αιτία άμεσα ή έμμεσα καμία οικονομική ενίσχυση με οποιαδήποτε μορφή (σύνταξη, οικονομική ενίσχυση ή άλλου είδους παροχή) από τον ασφαλιστικό τους ή άλλο φορέα της ημεδαπής ή της αλλοδαπής.
3. Τα ΒΝΚ να μη λαμβάνουν από τον ασφαλιστικό τους φορέα της ημεδαπής ή αλλοδαπής, άμεσα ή έμμεσα, οικονομική ενίσχυση με οποιαδήποτε μορφής μεγαλύτερης των 29,35 € μηνιαίως.
4. Τα ΒΝΚ εφόσον λαμβάνουν για την ίδια αιτία από τον ασφαλιστικό του ή άλλο φορέα της ημεδαπής ή της αλλοδαπής οικονομική ενίσχυση με οποιαδήποτε μορφή μεγαλύτερη από 29,35 € και μέχρι του ποσού της κατώτερης (βασικής) αναπηρικής σύνταξης του ΟΓΑ.
5. Να μην νοσηλεύονται σε Νοσηλευτικά Ιδρύματα ή Κλινικές ή παραμένουν ως εσωτερικά, σε Ιδρύματα (ΝΠΔΔ, ΝΠΙΔ κλπ) ή ιδιωτικούς φορείς και η δαπάνη νοσηλείας ή περιθάλψεως τους βαρύνει τον ασφαλιστικό τους φορέα.
6. Οι ΒΝΚ που διαμένουν μόνιμα στην Ελλάδα.
7. Οι ΒΝΚ που παρακολουθούν αμιγείς μονάδες ειδικής αγωγής του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας.
8. Οι επαναπατριζόμενοι ομογενείς ΒΝΚ, έστω και αν έχουν στερηθεί την ελληνική ιθαγένεια.
9. Οι Κύπριοι υπήκοοι ελληνικής καταγωγής εφόσον κατοικούν μόνιμα στην Ελλάδα.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	Χορήγηση Οικονομικής Ενίσχυσης Βαριάς Νοητικής Καθυστέρησης (Β.Ν.Κ.)»		
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		Ημ/νια αιτήματος:	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	Όνομα:	Επώνυμο:	
Αιτών:	Όνομα:	Επώνυμο:	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ ⁽³⁾	ΔΕΝ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ
1. Γνωμάτευση Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Επιτροπής ή Δευτεροβάθμιας σε περίπτωση ένστασης*.	<input type="checkbox"/>		
2. Υπεύθυνη Δήλωση του υπεύθυνου είσπραξης** (είναι ενσωματωμένη στο έντυπο).	<input type="checkbox"/>		
3. Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο ταυτότητας του υπεύθυνου είσπραξης και του ατόμου με ΒΝΚ, εάν αυτό είναι άνω των 16 ετών.	<input type="checkbox"/>		
4. Δικαστική απόφαση με την οποία έχει τεθεί υπό δικαστική αντίληψη ή εποπτεία ο ΒΝΚ (η απόφαση αυτή υποβάλλεται στις περιπτώσεις που ο ΒΝΚ είναι άνω των 18 ετών και το επίδομα δεν εισπράττουν οι γονείς του).	<input type="checkbox"/>		
5. Φωτοαντίγραφο του βιβλιαρίου Ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης του υπεύθυνου είσπραξης και του ίδιου του Β.Ν.Κ.	<input type="checkbox"/>		

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)