



Αίτηση-Δήλωση Χορήγησης Επιδόματος Κοινωνικής Αλληλεγγύης Ανασφαλιστών Υπερηλίκων
(αρ.93 Ν.4387/2016 και ΚΥΑ αριθμ. Φ.10034/24237/655 - ΦΕΚ Β' 2401/3-8-2016)

Συνηνών να γίνονται ηλεκτρονικοί έλεγχοι επαλήθευσης των κατωτέρω στοιχείων που δηλώνω, με αρχεία άλλων υπηρεσιών / φορέων:

 ΝΑΙ

Η παρούσα αίτηση (αρ.3 Ν.2690/1999) αποτελεί Υπεύθυνη Δήλωση του άρθρου 8^[1] του Ν.1599/1986.

[1] Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι δέκα ετών.

Αρ. Πρωτ.: _____

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

ΑΜΚΑ	ΑΦΜ	Αρ. Ταυτότητας/Διαβατηρίου	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Επώνυμο	Όνομα	Όνομα Πατέρα	Όνομα Μητέρας
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Επώνυμο (κατά τη γέννηση)	Υπηκοότητα	Σταθερό τηλέφωνο	Κινητό τηλέφωνο
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ημερομηνία γέννησης	Νομός γέννησης	Δήμος γέννησης	Χώρα γέννησης
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Οικογενειακή κατάσταση	Επώνυμο συζύγου	Όνομα συζύγου	ΑΜΣ ΟΓΑ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

Νομός	<input type="text"/>	Δήμος	<input type="text"/>
Τοπική Κοινότητα	<input type="text"/>	Οικισμός	<input type="text"/>
Κ.Α.	<input type="text"/>		
Τ.Κ.	<input type="text"/>	Ταχ. Θυρίδα	<input type="text"/>
Οδός	<input type="text"/>	Αριθμός	<input type="text"/>

1) Έχετε απουσιάσει στο εξωτερικό από τη γέννησή σας έως σήμερα; ΝΑΙ ΟΧΙ

Σε καταφατική περίπτωση να αναφέρετε τη χώρα που διαμένετε και τα χρονικά διαστήματα παραμονής σε αυτή:

Χώρα:	<input type="text"/>	Από:	<input type="text"/>	Έως:	<input type="text"/>
Χώρα:	<input type="text"/>	Από:	<input type="text"/>	Έως:	<input type="text"/>
Χώρα:	<input type="text"/>	Από:	<input type="text"/>	Έως:	<input type="text"/>
Χώρα:	<input type="text"/>	Από:	<input type="text"/>	Έως:	<input type="text"/>
Χώρα:	<input type="text"/>	Από:	<input type="text"/>	Έως:	<input type="text"/>

Από ποια ημερομηνία διαμένετε μόνιμα και νόμιμα στην Ελλάδα:

2) Λαμβάνετε σύνταξη από άλλο φορέα ελληνικό ή ξένο;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Όνομα Φορέα:

Αριθμός Μητρώου:

Ημ/νία έναρξης συνταξιοδότησης:

Ποσό μηνιαίας σύνταξης που λαμβάνετε σήμερα :

Όνομα Φορέα:

Αριθμός Μητρώου:

Ημ/νία έναρξης συνταξιοδότησης:

Ποσό μηνιαίας σύνταξης που λαμβάνετε σήμερα :

3) Εκκρεμεί αίτηση συνταξιοδότησης σε οποιοδήποτε ασφαλιστικό Φορέα της Ελλάδας ή του Εξωτερικού;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Φορέας υποβολής:

4) Έχετε εισπράξει ή δικαιούστε να εισπράξετε εσείς ή ο/η σύζυγός σας (επί εγγάμου), οποιοδήποτε ποσό από βοήθημα, οικονομική ενίσχυση, από τόκους καταθέσεων ή άλλο έσοδο, το οποίο απαλλάσσεται από το φόρο ή δεν υπάρχει υποχρέωση από το νόμο δήλωσής του και ανάγεται στα δύο προηγούμενα της υποβολής της αίτησης έτη;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Ποσό:

Προέλευση:

Ποσό:

Προέλευση:

Ποσό:

Προέλευση:

5) Από πού πορίζεσθε τα αναγκαία για τη ζωή σας, τόσο στο παρελθόν όσο και σήμερα;

6) Λαμβάνετε άλλο προνοιακό επίδομα;

ΝΑΙ **ΟΧΙ**

<input type="checkbox"/> Αναπηρίας	Ποσό μηνιαίου επιδόματος:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Στεγαστικής συνδρομής	Ποσό μηνιαίου επιδόματος:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Ομογενοῦς	Ποσό μηνιαίου επιδόματος:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Διατροφικό επίδομα από την αρμόδια Δ/ση της Περιφέρειας	Ποσό μηνιαίου επιδόματος:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Άλλο επίδομα	Ποσό μηνιαίου επιδόματος:	<input type="text"/>

7) Ήσασταν ασφαλισμένος/η;

ΝΑΙ **ΟΧΙ**

<input type="checkbox"/> ΙΚΑ	Αριθμός Μητρώου:	<input type="text"/>	Χρόνος Ασφάλισης (ημερομίσθια):	<input type="text"/>	Λήξη Ασφάλισης (μήνας-έτος):	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ΟΑΕΕ	Αριθμός Μητρώου:	<input type="text"/>	Έναρξη Ασφάλισης (μήνας-έτος):	<input type="text"/>	Λήξη Ασφάλισης (μήνας-έτος):	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ΟΓΑ	Αριθμός Μητρώου:	<input type="text"/>	Έναρξη Ασφάλισης (μήνας-έτος):	<input type="text"/>	Λήξη Ασφάλισης (μήνας-έτος):	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Άλλο	Όνομα Ταμείου:	<input type="text"/>	Έναρξη Ασφάλισης (μήνας-έτος):	<input type="text"/>	Λήξη Ασφάλισης (μήνας-έτος):	<input type="text"/>

8) Είναι ο/η σύζυγός σας συνταξιούχος του ΟΓΑ;

ΝΑΙ **ΟΧΙ**

Τι σύνταξη λαμβάνει (γήρατος, αναπηρίας, ανασφάλιστου υπερήλικα);

Ποιος είναι ο αριθμός μητρώου συνταξιούχου ΟΓΑ;

9) Λαμβάνει ο/η σύζυγός σας σύνταξη από άλλο φορέα ελληνικό ή ξένο;

ΝΑΙ **ΟΧΙ**

Όνομα Φορέα:

Αριθμός Μητρώου:

Ημ/νία έναρξης συνταξιοδότησης:

Ποσό μηνιαίας σύνταξης που λαμβάνει σήμερα :

Όνομα Φορέα:

Αριθμός Μητρώου:

Ημ/νία έναρξης συνταξιοδότησης:

Ποσό μηνιαίας σύνταξης που λαμβάνει σήμερα :

10) Εκκρεμεί αίτηση συνταξιοδότησης του/της συζύγου σας σε οποιοδήποτε ασφαλιστικό φορέα της Ελλάδας ή του Εξωτερικού;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Φορέας υποβολής:

11) Λαμβάνει ο/η σύζυγός σας άλλο προνοιακό επίδομα;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

<input type="checkbox"/> Αναπηρίας	Ποσό μηνιαίου επιδόματος:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Στεγαστικής συνδρομής	Ποσό μηνιαίου επιδόματος:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Ομογενούς	Ποσό μηνιαίου επιδόματος:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Διατροφικό επίδομα από την αρμόδια Δ/ση της Περιφέρειας	Ποσό μηνιαίου επιδόματος:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Άλλο επίδομα	Ποσό μηνιαίου επιδόματος:	<input type="text"/>

Ημερομηνία κατάθεσης:/...../2018

Ο/Η αιτ..... και δηλ.....

(Υπογραφή)

ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΕΙΣ:

1. Τα δικαιολογητικά που απαιτούνται για τους έγγαμους, υποβάλλονται και για όσους έχουν συνάψει σύμφωνο συμβίωσης.
2. Σε περίπτωση διάστασης απαιτούνται φορολογικά – ασφαλιστικά και συνταξιοδοτικά στοιχεία και για τον/την εν διαστάσει σύζυγο.
3. Η παρούσα αίτηση - δήλωση θα πρέπει να συνοδεύεται από όλα τα αναγκαία δικαιολογητικά που να αποδεικνύουν όσα δηλώνει ο/η αιτών/ούσα την παροχή.