

**ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΤΑΜΕΙΟ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**



**Δράση «Πρόσβαση για Όλους»**

«Χορήγηση ηλεκτροκίνητων αναπηρικών αμαξιδίων σε ανασφάλιστους ΑμΕΑ με μόνιμη αδυναμία βάδισης και ποσοστό αναπηρίας άνω του 67%, κατοίκους της Περιφέρειας Στερεάς Ελλάδας, με δωρεά του Ιδρύματος Σταύρος Νιάρχος».

**ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

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)

<b>ΠΡΟΣ</b>	<b>ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΤΑΜΕΙΟ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ – ΔΟΜΗ ΓΕΦΥΡΑ</b>
-------------	--

**Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ**

(με κεφαλαία και σύμφωνα με το αποδεικτικό στοιχείο ταυτότητας – Αστυνομική Ταυτότητα ή Διαβατήριο)

ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ Στο φύλο επιλέξτε την κατηγορία που ανήχετε με <b>X</b> στο αντίστοιχο πεδίο						
Α.Φ.Μ. Αιτούντος /σας (υποχρεωτικό)		Α.Μ.Κ.Α. (υποχρεωτικό)		Γυναίκα		Άνδρας
Επώνυμο				Όνομα		
Επώνυμο πατέρα αιτούντος /σας				Όνομα πατέρα αιτούντος/σας		
Αρ. Δελτίου Ταυτότητας ή Αρ. Διαβατηρίου αιτούντος/σας				Ημερομηνία γέννησης αιτούντος/σας (ΗΗ/ΜΜ/ΕΕΕΕ)		
Ιθαγένεια αιτούντος/σας						
Δήμος μόνιμης κατοικίας αιτούντος/ούσας	Νομός μόνιμης κατοικίας αιτούντος/ούσας		Περιφέρεια μόνιμης κατοικίας αιτούντος/ούσας			
Οδός μόνιμης κατοικίας αιτούντος/ούσας	Αριθμός		Τ.Κ.			
Κινητό τηλέφωνο (υποχρεωτικό)		Σταθερό τηλέφωνο		Email		

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΟΧΡΕΟΥ φορολογικής δήλωσης στην οποία είναι εξαρτώμενο μέλος ο αιτών/η αιτούσα					
Επώνυμο				Όνομα	
Όνοματεπώνυμο Πατέρα				A.Δ.Τ.	
A.Φ.Μ.				A.Μ.Κ.Α.	
Οδός			Αριθμ.		T.Κ.
Σταθερό τηλέφωνο		Κινητό τηλέφωνο		e-mail	
Τύπος χορηγούμενου ηλεκτροκίνητου αμαξιδίου (βάσει ιατρικής γνωμάτευσης)					
ΑΠΛΟ					
ΕΝΙΣΧΥΜΕΝΟ					

## Β. ΣΥΝΥΠΟΒΑΛΛΟΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΑΙΤΟΥΝΤΕΣ απαιτείται:

1. Αποδεικτικό Στοιχείο Ταυτότητας (Αστυνομική Ταυτότητα ή Διαβατήριο)
2. Αντίγραφο ΑΜΚΑ
3. Αντίγραφο Πιστοποιητικού Οικογενειακής Κατάστασης
4. Πράξη Διοικητικού Προσδιορισμού Φόρου (εκκαθαριστικό σημείωμα) φορολογικού έτους 2016
5. Αντίγραφο Γνωμάτευσης Πιστοποίησης Αναπηρίας από ΚΕΠΑ
6. Ιατρική γνωμάτευση για τύπο ηλεκτροκίνητου αμαξιδίου
7. Βεβαίωση από το γραφείο Πρόνοιας του οικείου Δήμου που να πιστοποιεί τη λήψη του προνοιακού επιδόματος παραπληγίας ή ατελούς ή πλήρους τετραπληγία ως ανασφάλιστος. (Σε περίπτωση που ο υποψήφιος δεν λαμβάνει το σχετικό επίδομα η βεβαίωση θα πρέπει να πιστοποιεί ότι τηρεί τις σχετικές προϋποθέσεις για τη λήψη του.)
8. Υπεύθυνη Δήλωση του Ν.1599/86 (υπόδειγμα παραρτήματος II)

**ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ ΥΠΟΧΡΕΟΣ ΤΗΣ ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ Ο ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ:**

9. Αποδεικτικό Στοιχείο Ταυτότητας (Αστυνομική Ταυτότητα ή Διαβατήριο) του Υπόχρεου της φορολογικής Δήλωσης
10. Αντίγραφο ΑΜΚΑ

**ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΣΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ (ΟΠΟΥ ΑΠΑΙΤΟΥΝΤΑΙ)**

11. ....
12. ....
13. ....

Όνοματεπώνυμο αιτούντος/ούσας

Υπογραφή αιτούντος/ούσας