

Προς: **Δ/ΝΣΗ Π.Ε. Δράμας**

Τμήμα Β’ Οικονομικού Διοικητήριο 661 33 Δράμα Email: [oik@dipe.dra.sch.gr](mailto:oik@dipe.dra.sch.gr)



**Να συμπληρωθεί από όλους τους μόνιμους υπαλλήλους**

**που μισθοδοτούνται από τη Διεύθυνσή μας και να υποβληθεί μέχρι**

**31 Οκτωβρίου 2022**

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Για τον υπολογισμό της οικογενειακής παροχής σύμφωνα με τις διατάξεις **του ν.4354/2015-άρθρο 15** όπως τροποποιήθηκε και ισχύει με το άρθρο 35 του Ν.4484/2017 **οικ. έτους 2023.**

**Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Επώνυμο: | Α.Μ. Υπουργείου: |  | | | |
| Όνομα: | Κλάδος: |  | | | |
| Όν. πατέρα: | Νέος Ασφαλισμένος (μετά την 1/1/1993) : | | | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| Όν. μητέρας: | Σχολείο που έχω οργανική: | | | | |
| Δ.Ο.Υ.: | Σχολείο/Υπηρεσία που υπηρετώ: | | | | |
| Α.Φ.Μ.: | **ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ** | | **ΤΗΛΕΦΩΝΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ** | | |
| Α.Δ.Τ.: | Οδός: | | Τηλ. Σταθερό: | | |
| Α.Μ.Κ.Α.: | Αρ.: Τ.Κ. | | Κινητό: | | |
| Ημερομηνία γέννησης: / / | Πόλη: | | Τηλ. Εργασίας: | | |
| Τόπος γέννησης: | **email**.: | | | | |

**Ο/Η υπογραφόμενος/η δηλώνω υπεύθυνα και με γνώση των κυρώσεων που προβλέπει ο Νόμος για ψευδή δήλωση τα παρακάτω στοιχεία που είναι απαραίτητα για την καταβολή της οικογενειακής παροχής:**

**Β. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:**



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ‘Αγαμος |  |  | Έγγαμος |  |  | Σε διάσταση |  |  | Διαζευγμένος |  |  | Χηρεία |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Επώνυμο: | Όνομα: | Όν. πατέρα: |
| Επάγγελμα: | Τηλ.Σταθερό: | Κινητό: |

**Δ.ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΕΚΝΩΝ** (φυσικά, θετά, αναγνωρισθέντα)



**Γ.ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΖΥΓΟΥ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Α/Α | ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ | ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ | Σχολείο που φοιτά | **ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΣΠΟΥΔΑΖΟΝΤΑ 18 - 24 ΕΤΩΝ** | | | ΠΑΡΑΤHΡΗΣΕΙΣ - ΣΩΜΑΤΙΚΗ/ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ  >50% |
| **ΣΧΟΛΗ ΠΟΥ ΦΟΙΤΑ**  **Αρ. Μητρώου Φοιτητή** | ΜΗΝΑΣ ΚΑΙ ΕΤΟΣ  1ηςΕΓΓΡΑΦΗΣ | ΕΤΗ ΕΛΑΧΙΣΤΗΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ  ΦΟΙΤΗΣΗΣ |
| 1ο |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 2ο |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 3ο |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 4ο |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 5ο |  |  |  |  |  |  |  |
|  |

Να αναγραφούν **μόνο τα τέκνα** που είναι ανήλικα ή έως 24 ετών και δικαιούνται οικ. Επίδομα λόγω σπουδών (ελάχιστα έτη φοίτησης) καθώς και όσα έχουν αναπηρία (σωματική ή πνευματική) σε ποσοστό τουλάχιστον 50% και άνω (απαιτείταιγνωμάτευση ποσοστού αναπηρίας).

Δηλώνω υπεύθυνα ότι, αν μεταβληθεί οποιοδήποτε από τα στοιχεία τέκνων μου (ανήλικο ή ενήλικο) για τα οποία λαμβάνω οικογενειακή παροχή (όπως π.χ. διακοπή φοίτησης εντός του ακαδημαϊκού ή σχολικού έτους, αλλαγή στην οικογενειακή κατάσταση) ή αν κάποιο από τα τέκνα μου (ανήλικο ή ενήλικο), για τα οποία λαμβάνω οικογενειακή παροχή, **υποβάλλει δική του φορολογική δήλωση, θα ενημερώσω αμελλητί και με δική μου ευθύνη**, τη Διεύθυνση Π.Ε. Δράμας (υποβολή Πιστοποιητικού Οικογενειακής Κατάστασης, Πράξης Προσδιορισμού (εκκαθαριστικό) Φόρου κ.λπ. ανάλογα με την περίπτωση).

|  |  |
| --- | --- |
| Δράμα, ........... / /20...  Ο/Η ΔΗΛ.......... | Υπογραφή/Ονοματεπώνυμο |