



## 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)

ΠΡΟΣ <sup>(1)</sup> :									
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:					
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:									
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:									
Ημερομηνία γέννησης <sup>(2)</sup> :									
Τόπος Γέννησης:									
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:					
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:		TK:	
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):					

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις <sup>(3)</sup>, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

- Είμαι άπορος/η, ανασφάλιστος/η, δεν θεμελιώνω δικαίωμα σε κανένα ασφαλιστικό φορέα ΙΚΑ – ΟΑΕΕ – ΟΓΑ – ΝΑΤ και δεν έχω ιδιωτική ασφάλεια

- **Είχα / Δεν είχα εργαστεί** στο παρελθόν. **Είχα / Δεν είχα ασφαλιστεί** στο παρελθόν

- Είμαι οικονομικά αδύνατος/η και δεν είμαι σε θέση να καλύψω τη δαπάνη – δική μου και των μελών της οικογένειάς μου, που αφορά την ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη, για την οποία ζητώ να εκδοθεί απόφαση παροχής κοινωνικής προστασίας για **Έκδοση ή Ανανέωση βιβλιαρίου περίθαλψης ανασφάλιστων πολιτών.**

- Δεν υπάρχει δυνατότητα άμεσης ή έμμεσης ασφάλισης από μέλος της οικογένειάς μου

- Δεν υπάρχουν εισοδήματα από συντάξεις ή άλλες πηγές εξωτερικού

- **Επιδοτούμαι / Δεν επιδοτούμαι** εγώ και τα μέλη της οικογένειάς μου, από την Υπηρεσία σας

- Συντηρούμαι από το προνομιακό επίδομα - από ενοίκια ακινήτων - από τη βοήθεια συγγενικών προσώπων – από περιστασιακή εργασία

---

- Δεν κατέχω τόσο εγώ όσο και τα μέλη της οικογένειας μου άλλο βιβλιάριο, δωρεάν περίθαλψης ασφαλισμένου (ισχύον ή μη) το οποίο να έχει εκδοθεί από οποιοδήποτε φορέα ασφάλισης

---

- Εάν εγώ ή άλλο μέλος της οικογένειας μου ασφαλιστεί, **υποχρεούμαι** να επιστρέψω αμέσως το βιβλιάριο περίθαλψης, στην υπηρεσίας σας

---

- Εμπίπτω / Δεν Εμπίπτω στις διατάξεις του αρ. 39 του Ν. 2459/1997 (επίδομα τρίτου παιδιού, πολυτεχνικό επίδομα, σύνταξη)

---

- Τα στοιχεία που προσκομίζω και όσα δηλώνω είναι αληθή

---

- **Σε περίπτωση ψευδούς δήλωσης σύμφωνα με το αρ. πρ. Π2α/ΓΠοικ. 93689/25.09.2002 έγγραφο του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης θα καταλογιστούν εις βάρος μου τα ποσά που αντιστοιχούν στις δαπάνες που έγιναν**

---

(4)

Ημερομηνία: .....20.....

Ο – Η Δηλ.

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «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 10 ετών.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.