



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ

ΑΙΤΗΣΗ - 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)

Περιγραφή αιτήματος: «ΧΟΡΗΓΗΣΗ Ή ΘΕΩΡΗΣΗ ΔΕΛΤΙΟΥ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣΗΣ ΑΜΕΑ»

ΠΡΟΣ:	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ Π.Ε. ΗΛΕΙΑΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ: (φυσικό πρόσωπο ή νόμιμος εκπρόσωπος σε περίπτωση νομικού προσώπου)

Όνομα:		Επώνυμο:			
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:			
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:			
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας*:		Α.Φ.Μ.		Αρ. Άδειας Οδήγησης*:	
Αρ. Διαβατηρίου*:		Αρ. Βιβλιαρίου Υγείας:		Ιθαγένεια:	
Ημερομηνία Γέννησης:		Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:	Χώρα:	Πόλη:	Οδός:	Αρ.:	TK
Τηλ.:		Fax:		E-mail:	

* συμπληρώνεται ένα από τα αποδεικτικά στοιχεία ταυτότητας

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ¹ (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης):

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:				
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:				
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:		ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		TK
Τηλ:		Fax:		E-mail:		

Σας υποβάλλω τα απαιτούμενα δικαιολογητικά και παρακαλώ για τη χορήγηση – θεώρηση δελτίου μετακίνησης ΑΜΕΑ.

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις² που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ.6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

«1. Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

2. Εξουσιοδοτώ την Υπηρεσία (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.

3.....
.....»

.....
(ημερομηνία)

Ο/Η αιτών/ούσα

(υπογραφή)

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 εαυτό του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών».

**ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚ Ε ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΥΠΗΡ. ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ
1. Δελτίο αστυνομικής ταυτότητας και φωτοαντίγραφο αυτής.			
2. Γνωμάτευση Υγειονομικής Επιτροπής (σε ισχύ), όπου θα αναγράφεται το παθολογοανατομικό ποσοστό αναπηρίας (τουλάχιστον 67%). 2 α. Όσοι λαμβάνουν οικονομική ενίσχυση ΑμεΑ (επίδομα) από τον ΟΠΕΚΑ μπορούν να προσκομίσουν βεβαίωση χορήγησης επιδόματος. 2β. Άτομα που είναι ασφαλισμένα μπορούν να προσκομίσουν απόφαση Διοικητικού Διευθυντή Ασφαλιστικού Φορέα ή ΕΦΚΑ ή γνωμάτευση Υγειονομικής Επιτροπής. 2γ. Οι δικαιούχοι του προγράμματος οικονομικής ενίσχυσης τυφλότητας και του προγράμματος Σοβαρής και Βαριάς νοητικής Υστέρησης που λαμβάνουν τα αντίστοιχα επιδόματα από τον ΟΠΕΚΑ, δικαιούνται κάρτα μετακίνησης και για τους συνοδούς τους(ποσοστό αναπηρίας τουλάχιστον 80%).			
3. Για την έκδοση νέας κάρτας, δύο ίδιες (2) πρόσφατες φωτογραφίες. 3^α. Ειδικά οι δικαιούχοι δελτίου συνοδού, πρέπει να συνυποβάλλουν τρεις ίδιες (3) φωτογραφίες.			
4. Φωτοαντίγραφο εκκαθαριστικού σημειώματος της οικείας Δ.Ο.Υ. για το προηγούμενο οικονομικό έτος.			
5. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 περί της ακριβούς διεύθυνσης του τόπου διαμονής.			
6. Για τους υπηκόους Κρατών εκτός Ε.Ε. που έχουν καταστεί ανίκανοι για εργασία μετά από εργατικό ατύχημα σε ελληνικό έδαφος, απαιτείται Ιατρική Βεβαίωση Νοσηλείας από Δημόσιο Νοσοκομείο, στο οποίο θα βεβαιώνεται η νοσηλεία μετά από το ατύχημα.			



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 ⁽¹⁾ :	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ - Δ/ΝΣΗ ΔΗΜ.ΥΓΕΙΑΣ-ΚΟΙΝ.ΜΕΡΙΜΝΑΣ Π.Ε. ΗΛΕΙΑΣ						
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:	ΤΚ:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):			

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

1. Δεν έχω καταθέσει αίτηση ή παραλάβει Δελτίο Μετακίνησης από άλλη Περιφερειακή Ενότητα ή ΚΕΠ

2. Η Διεύθυνση μόνιμης κατοικίας μου είναι:

(4)

Ημερομηνία: / / 2021

Ο – Η Δηλ.

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη η 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.