**ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΓΡΑΦΗΣ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗ - ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

Προς: **Δ/ΝΣΗ Α/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ ΞΑΝΘΗΣ**

 Διοικητήριο (5ος ορ.). Τ.Θ. 145 - Τ.Κ 671 33, ΞΑΝΘΗ

 Γραφείο 513, τηλ. 2541350393-381, 383, fax : 2541350385

 mail: misthod@dipe.xan.sch.gr, toith@dipe.xan.sch.gr

Για τον υπολογισμό της οικογενειακής παροχής σύμφωνα με τις διατάξεις **του ν.4354/2015 &** του φόρου εισοδήματος , **οικον. έτους 2021 και 2022**

|  |
| --- |
| **Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ** |
| **1.ΑΤΟΜΙΚΑ** **(όπως στο δελτίο ταυτότητας και στο διοριστήριο έγγραφο)** |  | **2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ & ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (όπως στη ΔΟΥ)** |
| ΕΠΩΝΥΜΟ |  |  | ΟΔΟΣ |  |
| ΟΝΟΜΑ |  |  | ΑΡΙΘΜΟΣ |  | ΤΑΧ. ΚΩΔ. |  |  |  |  |  |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ** |  |  | ΠΟΛΗ |  |
| **ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ** |  |  | ΔΗΜΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ |  |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ ΜΗΤΕΡΑΣ** |  |  | ΤΗΛ. ΣΤΑΘΕΡΟ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ** |  |  | Ε-MAIL  |  |
| ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ |  |  | ΤΗΛ. ΚΙΝΗΤΟ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ΗΜΕΡΟΜ./ΑΡΧΗΕΚΔΟΣΗΣ Δ.Τ. |  |  | ΤΗΛ. ΕΡΓΑΣΙΑΣ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ | ....../......./............... |  | **4. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΑ - ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΑ** |
| ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ |  |  | Α.Μ.Κ.Α. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ΔΗΜΟΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ |  |  | Δ.Ο.Υ. |  |
| ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ |  |  | Α.Φ.Μ. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ** |  | ΑΛΛΟΣ ΦΟΡΕΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ **5** |  |
| ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ |  |  | **Α.Μ.Α. ΕΦΚΑ** -πρώην ΙΚΑ. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ΕΚΠ/ΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ |  |  |  |  |

*Επιλέγετε ένα από τα παρακάτω επίπεδα σπουδών :*

*ΑΕΙ, ΤΕΙ, ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ, ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ, ΙΕΚ ΜΕ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ, ΙΕΚ ΧΩΡΙΣ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ, ΤΕΕ Α ΚΥΚΛΟΥ, ΤΕΕ Β ΚΥΚΛΟΥ, ΤΕΛ, ΤΕΣ.*

|  |
| --- |
| **Β. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ** **(σημειώστε αντίστοιχα Χ)** |
| Άγαμος/η |  |  | Έγγαμος/η |  |   | Σύμφωνο Συμβίωσης |  |  | Σε διάσταση |  |   | Διαζευγμένος/η |  |  | Χηρεία |  |

|  |
| --- |
| **Γ.ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΖΥΓΟΥ** |
| ΕΠΩΝΥΜΟ |  |  | ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ |  |
| ΟΝΟΜΑ |  |  | ΤΗΛΕΦΩΝΟ |  |

|  |
| --- |
| **Δ.ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΑ ΜΕΛΗ (1.Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη , *ΔΕΝ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ - ΠΡΟΚΕΙΤΑΙ ΓΙΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΟΥ ΖΗΤΟΥΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΠΟΓΡΑΦΗ "ΜΗΤΡΩΟ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ"-* 2.Φορολογικά)**  |
| C:\Users\user\Desktop\medium_96df6a64be1fc11247c076940fe5e60c7a06fc86.png | 1. **Αριθμός** παιδιών**1** που είναι **ασφαλισμένα** για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη **στον άμεσα μισθοδοτούμενο** και όχι στον/την σύζυγο : **.......** (0, 1, κλπ).  |
|  | 2. Σε περίπτωση διάστασης-διάζευξης, η γονική επιμέλεια των τέκνων έχει νόμιμα ανατεθεί (με δικαστική απόφαση) στον/στην ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |

|  |
| --- |
| **Ε.ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΓΑΜΩΝ ΤΕΚΝΩΝ** (φυσικά, θετά, αναγνωρισθέντα) - ΓΙΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ **2,3**  |
|  | ΕΠΩΝΥΜΟ | ΟΝΟΜΑ | **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ** ΓΕΝΝΗΣΗΣ | C:\Users\user\Desktop\medium_96df6a64be1fc11247c076940fe5e60c7a06fc86.png ΕΙΣΟΔΗΜΑ **4** TEKNOY ΣΤΟ **2019**  **ΠΆΝΩ ΑΠΟ 8.633 € (ΝΑΙ/ΟΧΙ)** | **ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΣΠΟΥΔΑΖΟΝΤΑ 18 – 24 ΕΤΩΝ** | **ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΑΣΚΗΣΗ ΒΙΟΠΟΡΙΣΤΙΚΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ >50%** |
| ΣΧΟΛΗ ΦΟΙΤΗΣΗΣ | ΗΜΕΡ/ΝΙΑ **1ης ΕΓΓΡΑΦΗΣ** | **ΕΤΗ** ΕΛΑΧΙΣΤΗΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΦΟΙΤΗΣΗΣ |
| 1 |  |  | .../..../...... |  |  | .../..../...... |  |  |
| 2 |  |  | .../..../...... |  |  | .../..../...... |  |  |
| 3 |  |  | .../..../...... |  |  | .../..../...... |  |  |
| 4 |  |  | .../..../...... |  |  | .../..../...... |  |  |

 ****

**ΣΤ. ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΣ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Τράπεζα | **ΕΘΝΙΚΗ** | Αριθμός Λογ/σμού |  |
| IBAN | **GR** |

**Ζ. ΕΠΙΔΟΜΑ ΟΑΕΔ – ΑΛΛΗ ΕΜΜΙΣΘΗ ΘΕΣΗ**

α) κατέχω άλλη έμμισθη θέση Ναι Όχι

β) αναλαμβάνω για πρώτη φορά εργασία ως μισθωτός Ναι Όχι

γ) λαμβάνω επίδομα ανεργίας από τον ΟΑΕΔ Ναι Όχι

και αν **ναι**, **από τον Ο.Α.Ε.Δ.(ΚΠΑ2) .......................................................................................................\***

\* Απαιτείται προσοχή για την ορθή συμπλήρωση, ειδικά από τους εκπαιδευτικούς που λαμβάνουν επίδομα ανεργίας από ΚΠΑ2 μεγάλων αστικών κέντρων.

|  |
| --- |
| **Η. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗΣ** |
| ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΛΗΨΗΣ |  |  | ΣΧΟΛΕΙΟ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗΣ |  |

**\*ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ :**

1. **Υποχρεωτικά**, πρέπει να συμπληρωθεί από όσους έχουν παιδιά το πεδίο **Δ1**, έστω και αν είναι «**0-ΜΗΔΕΝ**»
2. Αναγράφονται **μόνο τα τέκνα** που είναι **άγαμα και ως 24 ετών** καθώς και όσα έχουν **αναπηρία** (σωματική ή πνευματική) **για άσκηση** **βιοποριστικού επαγγέλματος** (θα πρέπει να αναγράφεται στη βεβαίωση που θα προσκομίσετε) σε ποσοστό τουλάχιστον 50% και άνω.
3. Για τα σπουδάζοντα τέκνα **άνω των 18 ετών** να υποβληθεί βεβαίωση σπουδών του Ιδρύματος (Β’/θμιας, Γ’/θμιας εκπαίδευσης) που φοιτούν, στην οποία να αναγράφεται **η** **ημερομηνία α΄ εγγραφής & η διάρκεια υποχρεωτικής φοίτησης.**

 **Δικαίωμα λήψης του οικογενειακού επιδόματος για τα τέκνα άνω των 18 ετών :**

**α) για τη Β/θμια εκπαίδευση έως και το 19ο έτος**

**β) για τα ΙΕΚ η υποχρεωτική φοίτηση διαρκεί 2 - 2,5 έτη και θα πρέπει κάθε χρόνο να υποβάλλετε στην υπηρεσία πρόσφατη βεβαίωση σπουδών (μόνο για τα ΙΕΚ).**

**γ) για τα ΤΕΙ, ΑΕΙ, η υποχρεωτική φοίτηση διαρκεί από 4-6 έτη, ανάλογα με τη σχολή.**

Αν η παραπάνω βεβαίωση είναι από **πανεπιστήμιο του εξωτερικού θα πρέπει να είναι μεταφρασμένη και** **θεωρημένη από δικηγόρο.**

Επισημαίνουμε ότι **δεν καταβάλλεται** η οικογενειακή παροχή κατά το προπαρασκευαστικό στάδιο εκμάθησης της ξένης γλώσσας.

1. **Υποχρεωτική είναι και η συμπλήρωση που αφορά στο ύψος εισοδήματος των τέκνων. Το «ΚΕΝΟ» δεν αποτελεί απάντηση.**
2. **Παρακαλούμε να συμπληρώσετε όλα τα πεδία με ευανάγνωστα γράμματα (κυρίως το e-mail) και να μην διαγράψετε τις παρατηρήσεις.**

***Συνημμένα :***

1. ***Φωτοαντίγραφο Αστυνομικής Ταυτότητας***
2. ***Φωτοαντίγραφο αποδεικτικού Α.Φ.Μ.***
3. ***Φωτοαντίγραφο αποδεικτικού Α.Μ.Κ.Α.***
4. ***Φωτοαντίγραφο αποδεικτικού Α.Μ.Α. στον ΕΦΚΑ (πρώην ΙΚΑ)***
5. ***Βεβαίωση από δεύτερο φορέα ασφάλισης (ΤΣΜΕΔΕ, κλπ)***
6. ***Φωτοαντίγραφο 1ης σελίδας του βιβλιαρίου του λογαριασμού ή άλλου εγγράφου της τράπεζας από το οποίο προκύπτει σαφώς ο αριθμός ΙΒΑΝ (ο εκπαιδευτικός πρέπει να είναι ο πρώτος δικαιούχος)***

**Ο/Η υπογραφόμενος/η δηλώνω υπεύθυνα και με γνώση των κυρώσεων που προβλέπει ο Νόμος για ψευδή δήλωση τα παραπάνω στοιχεία**

**Οποιαδήποτε μεταβολή των παραπάνω δηλουμένων στοιχείων θα τη γνωστοποιήσω αμέσως, με άλλη Υπεύθυνη Δήλωσή μου, στην υπηρεσία μου.**

Ξάνθη, ........./......../202….. Ο/Η ΔΗΛ...........

Υπογραφή/Ονοματεπώνυμο

