

## ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΓΡΑΦΗΣ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗ ΠΔΕ - ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Για τον υπολογισμό της οικογενειακής παροχής σύμφωνα με τις διατάξεις του ν.4354/2015 όπως τροποποιήθηκε και ισχύει & του φόρου εισοδήματος, οικον. έτους 2024 και 2025

### Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ

#### 1. ΑΤΟΜΙΚΑ (όπως στο δελτίο ταυτότητας και στο διοριστήριο έγγραφο)

ΕΠΩΝΥΜΟ	
ΟΝΟΜΑ	
ΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ	
ΕΠΩΝΥΜΟ ΜΗΤΕΡΑΣ	
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ	
ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ	
ΗΜΕΡΟΜ./ΑΡΧΗ ΕΚΔΟΣΗΣ Δ.Τ.	
ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ	...../...../.....
ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	
ΔΗΜΟΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ	
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ	

#### 3. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	
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  Σύμφωνα Συμβίωσης  Σε διάσταση  Διαζευγμένος/η  Χηρεία

### Γ. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΖΥΓΟΥ

ΕΠΩΝΥΜΟ	
ΟΝΟΜΑ	

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	
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)

	1. Αριθμός παιδιών <sup>1</sup> 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 .....

	ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΣΠΟΥΔΑΖΟΝΤΑ 18 – 24 ΕΤΩΝ			ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΑΣΚΗΣΗ ΒΙΟΠΟΡΙΣΤΙΚΟΥ Ή ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ Σ >50%
				ΣΧΟΛΗ ΦΟΙΤΗΣΗΣ	ΗΜΕΡ/ΝΙΑ 1 <sup>ης</sup> ΕΓΓΡΑΦΗΣ	ΕΤΗ ΕΛΑΧΙΣΤΗΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΦΟΙΤΗΣΗΣ	
1			.../.../.....		.../.../.....		
2			.../.../.....		.../.../.....		
3			.../.../.....		.../.../.....		
4			.../.../.....		.../.../.....		
5			.../.../.....		.../.../.....		

**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.

**Παρακαλούμε να συμπληρώσετε όλα τα πεδία υποχρεωτικά, με ευανάγνωστα γράμματα (κυρίως το e-mail), και να μην διαγράψετε τις παρατηρήσεις.**

**Συνημμένα :**

- **Φωτοαντίγραφο 1ης σελίδας του βιβλιαρίου του λογαριασμού ή άλλου εγγράφου της τράπεζας από το οποίο προκύπτει σαφώς ο αριθμός IBAN (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/Όνοματεπώνυμο