

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

1. Πρόσφατη ιατρική γνωμάτευση που να περιγράφει την **πλήρη** κλινική εικόνα του ενδιαφερόμενου/ης, πρωτότυπη και φωτοτυπία.
2. Φωτοτυπία της αστυνομικής ταυτότητας
3. Λογαριασμός Δ.Ε.Η. ή Ο.Τ.Ε ή Υπεύθυνη Δήλωση του Ν.1599/86 ή οποιοδήποτε επίσημο στοιχείο που να αποδεικνύει την μόνιμη κατοικία.
4. Α.Φ.Μ.
5. Α.Μ.Κ.Α.
6. Για επίδομα από την Πρόνοια όπου πρόκειται να λήξει, να προσκομίζεται αντίγραφο του αντίστοιχου κουπονιού.

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΑΥΤΙΣΜΟ

Όσοι πάσχουν από αυτισμό πρέπει να προσκομίσουν:

1. Βεβαίωση Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής ή Ψυχολόγου ή Νευρολόγου ή Ψυχιάτρου Δ/ντη ή Επιμελητή Α΄ Κρατικού Νοσοκομείου ή απόφαση της Δ/νσης Πρόνοιας ότι ο/η ενδιαφερόμενος είναι ενταγμένος/η στο πρόγραμμα οικονομικής ενίσχυσης λόγω αυτισμού. Απαραιτήτως στη βεβαίωση αυτή πρέπει να αναφέρονται τυχόν επιληπτικές κρίσεις ή πνευματική καθυστέρηση ή οργανικό ψυχοσύνδρομο, συνέπεια των οποίων έχουν ποσοστό αναπηρίας άνω του 67% και είναι ανίκανος για εργασία.
Η βεβαίωση/γνωματεύσεις στην περίπτωση που προέρχονται από Νοσοκομείο πρέπει να είναι θεωρημένη για το γνήσιο της υπογραφής από το Διοικητικό Δ/ντη του Νοσοκομείου.
Η βεβαίωση/γνωματεύσεις πρέπει να κατατίθενται εντός δύο – 2- μηνών από την έκδοσή τους.
2. Υπεύθυνη Δήλωση του Ν.1599/86 με το γνήσιο υπογραφής του ενδιαφερόμενου/ης ότι κατοικεί στην διεύθυνση που έχει δηλώσει στην αίτηση του και ότι δεν έχει υποβάλει δικαιολογητικά σε άλλη Νομαρχία.
3. Φωτοτυπία ταυτότητας
4. Α.Φ.Μ.
5. Α.Μ.Κ.Α
6. Για ανήλικους πιστοποιητικό γεννήσεως ή πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Όσοι πάσχουν από νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου πρέπει να προσκομίσουν:

1. Βεβαίωση της Μονάδα Τεχνητού Νεφρού (Μ.Τ. Ν.) του κρατικού νοσοκομείου ή της κλινικής όπου υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, στην οποία να αναγράφεται η πάθηση τους.
2. Βεβαίωση από την Υπηρεσία Δ/νσης Υγείας ότι λαμβάνουν οικονομική ενίσχυση.
3. Υπεύθυνη Δήλωση του Ν.1599/86 με το γνήσιο υπογραφής του ενδιαφερόμενου ότι κατοικεί στην διεύθυνση που έχει δηλώσει στην αίτηση του και ότι δεν έχει υποβάλει δικαιολογητικά σε άλλη Νομαρχία.
4. Φωτοτυπία ταυτότητας
5. Α.Φ.Μ.
6. Α.Μ.Κ.Α

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΝΟΗΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ

Όσοι πάσχουν από νοητική στέρωση με δείκτη νοημοσύνης κάτω του 40 πρέπει να προσκομίσουν:

1. Βεβαίωση Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής ή βεβαίωση από Δ/ντη ή Επιμελητή Α΄ Ψυχολόγου ή Νευρολόγου ή Ψυχιάτρου Κρατικού Νοσοκομείου ή προσκομίζουν έγγραφο από τις Υπηρεσίες Κοινωνικής Πρόνοιας στο οποίο να αναφέρεται ότι πάσχουν από βαριά νοητική στέρωση και έχουν δείκτη νοημοσύνης κάτω του 40.
2. Η βεβαίωση πρέπει να είναι θεωρημένη για το γνήσιο της υπογραφής από το Διοικητικό Δ/ντη του Νοσοκομείου.
3. Η βεβαίωση πρέπει να κατατίθεται εντός δύο – 2- μηνών από την έκδοσή τους.
4. Υπεύθυνη Δήλωση του Ν.1599/86 με το γνήσιο υπογραφής του ενδιαφερόμενου/ης ότι κατοικεί στην διεύθυνση που έχει δηλώσει στην αίτηση του και ότι δεν έχει υποβάλει δικαιολογητικά σε άλλη Νομαρχία.
5. Φωτοτυπία ταυτότητας
6. Α.Φ.Μ.
7. Α.Μ.Κ.Α
8. Για ανήλικους πιστοποιητικό γεννήσεως ή πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ ή ΑΙΜΟΡΡΟΦΙΛΙΑ

Όσοι πάσχουν από Μεσογειακή Αναιμία ή Αιμορροφιλία πρέπει να προσκομίσουν:

1. Βεβαίωση Σταθμού Αιμοδοσίας ή Κέντρου Αιμοδοσίας από Δ/ντη ή Επιμελητή Α΄ για την αντίστοιχη πάθηση και ότι παρέχεται η αναγκαία περίθαλψη (ιατρικές εργαστηριακές εξετάσεις – μεταγγίσεις). Η βεβαίωση να είναι θεωρημένη για το γνήσιο της υπογραφής από το Διοικητικό Δ/ντη του Νοσοκομείου. Η γνωμάτευση πρέπει να κατατεθεί εντός δύο – 2- μηνών από την έκδοσή της.
2. Υπεύθυνη Δήλωση του Ν.1599/86 – με το γνήσιο της υπογραφής- που να αναφέρει ότι δεν έχει υποβάλλει δικαιολογητικά σε άλλη Νομαρχία και ότι μένει μόνιμα στη διεύθυνση που έχει δηλώσει στην αίτηση.
3. Α.Φ.Μ.
4. Α.Μ.Κ.Α.
5. Φωτοτυπία ταυτότητας
6. Για ανηλίκους πιστοποιητικό γέννησης ή πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΤΥΦΛΟΤΗΤΑ

Όσοι πάσχουν από ολική ταυτότητα και των δυο οφθαλμών πρέπει να προσκομίσουν:

1. Πρόσφατη γνωμάτευση γιατρού οφθαλμιάτρου Δ/ντη ή Επιμελητή Α΄ Κρατικού Νοσοκομείου στην οποία θα αναφέρεται ότι ο ασθενής έχει ολική τύφλωση και στους δυο οφθαλμούς σε ποσοστό 100%. Η γνωμάτευση πρέπει να είναι θεωρημένη για το γνήσιο της υπογραφής από το Διοικητικό Δ/ντη του Νοσοκομείου. Η γνωμάτευση πρέπει να κατατεθεί εντός δύο – 2- μηνών από την έκδοσή της.
2. Υπεύθυνη Δήλωση του Ν.1599/86 – με το γνήσιο της υπογραφής- που να αναφέρει ότι δεν έχει υποβάλλει δικαιολογητικά σε άλλη Νομαρχία και ότι μένει μόνιμα στη διεύθυνση που έχει δηλώσει στην αίτηση.
3. Α.Φ.Μ.
4. Α.Μ.Κ.Α.
5. Φωτοτυπία ταυτότητας
6. Για ανηλίκους πιστοποιητικό γέννησης ή πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΚΙΝΗΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ

Όσοι πάσχουν από πλήρη παράλυση των κάτω άκρων ή σοβαρή κινητική αναπηρία πρέπει να προσκομίσουν:

1. Πρόσφατη γνωμάτευση γιατρού ορθοπαιδικού Δ/ντη ή Επιμελητή Α΄ Κρατικού Νοσοκομείου στην οποία θα αναγράφεται λεπτομερώς μόνο η φύση της πάθησης και όχι το ποσοστό αναπηρίας. Η γνωμάτευση πρέπει να είναι θεωρημένη για το γνήσιο της υπογραφής από το Διοικητικό Δ/ντη του Νοσοκομείου. Η γνωμάτευση πρέπει να κατατεθεί εντός δύο – 2- μηνών από την έκδοσή της.
2. Πρόσφατη γνωμάτευση γιατρού ορθοπαιδικού Δ/ντη ή Επιμελητή Α΄ Κρατικού Νοσοκομείου. Η γνωμάτευση πρέπει να είναι θεωρημένη για το γνήσιο της υπογραφής από το Διοικητικό Δ/ντη του Νοσοκομείου. Η γνωμάτευση πρέπει να κατατεθεί εντός δύο -2- μηνών.
3. Υπεύθυνη Δήλωση του Ν.1599/86 – με το γνήσιο της υπογραφής- που να αναφέρει ότι δεν έχει υποβάλλει δικαιολογητικά σε άλλη Νομαρχία και ότι μένει μόνιμα στη διεύθυνση που έχει δηλώσει στην αίτηση.
4. Α.Φ.Μ.
5. Α.Μ.Κ.Α.
6. Φωτοτυπία ταυτότητας
7. Για ανηλίκους πιστοποιητικό γέννησης ή πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ

Όσοι πάσχουν από νοητική στέρση με δείκτη νοημοσύνης κάτω του 40 προσκομίζουν:

1. Βεβαίωση κέντρου Ψυχικής Υγιεινής ή Νευρολόγου Ψυχιάτρου Κρατικού Νοσοκομείου Δ/ντη ή Επιμελητή Α ή προσκομίζουν έγγραφο από τις Υπηρεσίες Κοινωνικής Πρόνοιας στο οποίο να αναφέρεται ότι πάσχουν από βαριά νοητική στέρση και έχουν δείκτη νοημοσύνης κάτω του 40. Η γνωμάτευση πρέπει να είναι θεωρημένη από τον Διοικητικό Δ/ντη του Νοσοκομείου για το γνήσιο της υπογραφής του υπογράφοντος ιατρού.
2. Η γνωμάτευση πρέπει να κατατεθεί εντός δυο -2- μηνών από την έκδοση της.
3. Υπεύθυνη Δήλωση του Ν.1599/86 με το γνήσιο υπογραφής του ενδιαφερόμενου ότι κατοικεί στην διεύθυνση που έχει δηλώσει στην αίτηση του και ότι δεν έχει υποβάλει δικαιολογητικά σε άλλη Νομαρχία.
4. Για ανηλίκους απαιτείται πιστοποιητικό γεννήσεως ή οικογενειακής κατάστασης.
5. Φωτοτυπία ταυτότητας
6. Α.Φ.Μ.
7. Α.Μ.Κ.Α