

**Πίνακας 17**

(για υπηρεσιακή χρήση)
 Αρ. Μητρώου:.....
 Αρ. Αίτησης Μ.Σ.....

ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΦΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΕΠΙΔΟΜΑΤΩΝ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

(Έντυπο ΕΕΕ19Α.ν2)
 Ημ. Παραλαβής:

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
ΓΙΑ ΑΠΕΥΘΕΙΑΣ ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΤΡΟΦΕΙΩΝ ΣΕ ΠΑΡΟΧΟ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Προς Προϊστάμενο**Υπηρεσίας Διαχείρισης Επιδομάτων Πρόνοιας,**

1. Εγώ/εμείς ο/οι κάτωθι υποφαινόμενος/οι δηλώνουμε υπεύθυνα ότι το ποσό των €..... το οποίο διατίθεται προς όφελος του πιο κάτω δικαιούχου ως επιπλέον βοήθεια για φροντίδα, μπορεί να καταβάλλεται απευθείας στον παροχέα φροντίδας για λογαριασμό του δικαιούχου:

A/A	Περιγραφή	Πληροφορία
α.	Όνοματεπώνυμο	
β.	ΑΔΤ / ARC	

2. Το επίδομα / οικονομική βοήθεια καταβάλλεται από την Υπηρεσία Διαχείρισης Επιδομάτων Πρόνοιας αλλά δεν δύναται να το διαχειρίζεται το ανωτέρω πρόσωπο από μόνο του λόγω της αναπηρίας του, όπως αυτό θα διαπιστωθεί από την Υπηρεσία.

3. Έχω/έχουμε λάβει γνώση της σχετικής Νομοθεσίας που διέπει το επίδομα/οικονομική βοήθεια και δηλώνω/δηλώνουμε υπεύθυνα ότι γνωρίζουμε ότι αυτό θα διατίθεται προς όφελος του δικαιούχου, για το σκοπό τον οποίο δικαιούται, όπως καθορίζεται στη σχετική νομοθεσία.

4. Για το σκοπό αυτό η Υπηρεσία, με δική μου/μας ευθύνη, μπορεί να καταβάλλει το επίδομα στον τραπεζικό λογαριασμό του πιο κάτω παροχέα φροντίδας*:

A/A	Περιγραφή	Πληροφορία
α.	Παροχέας φροντίδας:	
β.	ΑΔΤ / ARC: (για φυσικό πρόσωπο)	
γ.	Αρ. Εγγραφής Εταιρείας: (για νομικό πρόσωπο)	
δ.	Όνομα Αντιπροσώπου παροχέα φροντίδας:	
ε.	Στοιχεία επικοινωνίας	
ε.1.	Διεύθυνση:	
ε.2.	Τηλέφωνο:	
ε.3.	Φαξ:	

5. Είναι εις γνώση μου/μας ότι η Υπηρεσία δύναται να διακόψει την παροχή επιδόματος / οικονομικής βοήθειας σε περίπτωση που διαπιστώσει ότι αυτό χρησιμοποιείται για σκοπούς που **δεν** είναι προς όφελος του δικαιούχου.

6. Δηλώνουμε ότι τα στοιχεία που καταχωρούμε στη δήλωση αυτή είναι αληθή. Γνωρίζουμε ότι τα στοιχεία υπόκεινται σε ελέγχους και ότι ψευδής δήλωση με σκοπό την εξασφάλιση επιδόματος / οικονομικής βοήθειας συνιστά ποινικό αδίκημα, για το οποίο, σε περίπτωση καταδίκης, επιβάλλονται ποινές με βάση την κείμενη νομοθεσία.

7. Με την παρούσα δήλωση εξουσιοδοτούμε το Υφυπουργείο Κοινωνικής Πρόνοιας να επιβεβαιώσει τα δεδομένα της δήλωσης μου/μας με τις αρμόδιες κυβερνητικές υπηρεσίες, οι οποίες μπορούν να γνωστοποιούν τα προσωπικά μου/μας δεδομένα σύμφωνα με τις πρόνοιες της Περί Επεξεργασίας Προσωπικού χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) νομοθεσίας.

A/A	Περιγραφή	Όνοματεπώνυμο	ΑΔΤ / ARC	Υπογραφή	Ημερομηνία
α.	Πατέρας*				
β.	Μητέρα*				
γ.	Άλλο φυσικό πρόσωπο**				

*Επισυνάπτεται απαραίτητα βεβαίωση IBAN του παροχέα φροντίδας

**Πρέπει να υπογράψουν και οι δύο (2) γονείς ή διαχειριστής περιουσίας. Σε περίπτωση σοβαρού κωλύματος να επισυναφθούν οποιαδήποτε στοιχεία τεκμηριώνουν το σοβαρό κώλυμα.

*** Συμπληρώνεται από πρόσωπα άλλα εκτός από τους γονείς μόνο αν έχει υποβληθεί και εγκριθεί αίτημα για καταβολή του επιδόματος του δικαιούχου σε άλλο φυσικό πρόσωπο, υποβάλλοντας το έντυπο ΕΕΕ.19.



Με τη συγχρηματοδότηση
της Ευρωπαϊκής Ένωσης

