**έτος 2023-2024**

**Προς:**

**Δ/ΝΣΗ Π.Ε. ΔΩΔΕΚΑΝΗΣΟΥ**

**Να συμπληρωθεί από όλους τους**

**υπαλλήλους**

**που υπηρετούν στη Διεύθυνσή μας και να υποβληθεί μέχρι**

**τις 31 Οκτωβρίου του τρέχοντος έτους.**

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

**Ο/Η κατωτέρω υπογραφόμενος/η δηλώνω υπεύθυνα και με γνώση των κυρώσεων που προβλέπει ο Νόμος για ψευδή δήλωση, τα παρακάτω στοιχεία που είναι απαραίτητα για την καταβολή της ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ,** **σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 15 του Ν.4354/2015 όπως τροποποιήθηκε και ισχύει με το αρ. 35 του Ν.4484/2017 και την παρακράτηση φόρου μισθωτών υπηρεσιών με τις ισχύουσες διατάξεις.**

**Επίσης δηλώνω πως οποιαδήποτε μεταβολή των παρακάτω δηλουμένων στοιχείων θα γνωστοποιηθεί άμεσα με νέα δήλωση στην Υπηρεσία μου.**

**Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Επώνυμο: | Α.Μ.: | |  | | |
| Όνομα: | Κλάδος: | |  | | |
| Όν. πατέρα: | Σχολείο που έχω οργανική: | | |  | |
| Όν. μητέρας: | Σχολείο/Υπηρεσία που υπηρετώ: | | |  | |
| Δ.Ο.Υ.: | Απόσπαση σε άλλο ΠΥΣΠΕ: | | |  | |
| Α.Φ.Μ.: | **ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ** | | | | **ΤΗΛΕΦΩΝΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ** |
| Α.Δ.Τ.: | Οδός: | | | | 🕿: |
| Α.Μ.Κ.Α.: | Αρ.: Τ.Κ. | | | | 🖁: |
| Ημερομηνία γέννησης: …….. /………/……………….. | Πόλη: | | | | 🕿: (ΕΡΓΑΣΙΑΣ) |
|  | | **E-MAIL** : | | | |

**Β. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Άγαμος |  |  | Έγγαμος |  |  | Σε διάσταση |  |  | Διαζευγμένος |  |  | Χηρεία |  |  |

**Γ.ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΖΥΓΟΥ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Επώνυμο: | Όνομα: | | Όν. πατέρα: |
| Ασφαλιστικός φορέας: |  | 🕿/🖁: | |

**Δ.ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΕΚΝΩΝ** (φυσικά, θετά, αναγνωρισθέντα)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Α/Α | **ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ** | **ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ** | **Το τέκνο μου έχει εισόδημα πάνω από 8.636,00€**  **ΝΑΙ/ΟΧΙ** | **ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΣΠΟΥΔΑΖΟΝΤΑ 18 – 24 ΕΤΩΝ** | | | **ΕΙΔΙΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ (ΑΝΑΠΗΡΙΑ) >50%**  **ΝΑΙ /ΟΧΙ**  **©** |
| **ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ**  **και**  **ΣΧΟΛΗ ΦΟΙΤΗΣΗΣ**  **#** | **ΜΗΝΑΣ ΚΑΙ ΕΤΟΣ 1ης ΕΓΓΡΑΦΗΣ** | **ΕΤΗ ΕΛΑΧΙΣΤΗΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΦΟΙΤΗΣΗΣ** |
| 1ο |  |  |  |  |  |  |  |
| 2ο |  |  |  |  |  |  |  |
| 3ο |  |  |  |  |  |  |  |
| 4ο |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**  **........./......../2023** | **ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ εκπαιδευτικού** |  |
| **Υπογραφή εκπαιδευτικού** |  |

**#** Για τα παιδιά που φοιτούν σε οποιοδήποτε φορέα μεταλυκειακής εκπαίδευσης (ΑΕΙ,ΤΕΙ,ΙΕΚ,σχολές αναγνωρισμένες από το κράτος) ή σε μεταπτυχιακά προγράμματα, **απαιτείται βεβαίωση φοίτησης για το ακαδημαϊκό έτος 2023-2024.** Σε περίπτωση διακοπής φοίτησης, η οικογενειακή παροχή διακόπτεται άμεσα.

**©** Για τα παιδιά που ανήκουν στην ειδική κατηγορία, **απαιτείται βεβαίωση του ΚΕΠΑ σε ισχύ**. (εάν έχει ήδη κατατεθεί βεβαίωση εν ισχύ, δεν απαιτείται επανυποβολή).