ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

1. Αίτηση του δικαιούχου ή του νόμιμου αντιπροσώπου του με τα απαιτούμενα στοιχεία (θεωρημένη για το γνήσιο της υπογραφής)
2. **Ιατρική Βεβαίωση - Γνωμάτευση Ιατρού Νεφρολόγου Κρατικού Νοσοκομείου, ΙΚΑ κτλ.** όπου θα βεβαιώνεται ότι το πρόσωπο που εξετάστηκε πάσχει από νεφρική ανεπάρκεια και **βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας.**
   - **Η βεβαίωση αυτή θα υπογράφεται από τον Νεφρολόγο και θα** θεωρείται **από τον Διοικητικό Διευθυντή του Ιδρύματος. Επίσης θα φέρει επικύρωση από τον Ιατρικό Σύλλογο της έδρας του Ιδρύματος <u>(όταν πρόκειται για Ιδιωτικό Ίδρυμα/Κέντρο).</u>**
3. Επικυρωμένο Φωτοαντίγραφο Αστυνομικής Ταυτότητας του **δικαιούχου.**
4. Επικυρωμένο Φωτοαντίγραφο Αστυνομικής Ταυτότητας του **αντιπροσώπου.**
5. Υπεύθυνη Δήλωση του Ν.1599/1986 **(θεωρημένη για το γνήσιο της υπογραφής),** στην οποία **ο δικαιούχος** θα δηλώνει τα εξής:
   - **I.** Δεν λαμβάνω το διατροφικό επίδομα ως Νεφροπαθείς από άλλη Περιφερειακή Ενότητα ή από άλλη πηγή της ημεδαπής / αλλοδαπής.
   - **II.** Διαμένω μόνιμα στην διεύθυνση που δηλώνω.
   - **III.** Είμαι άμεσα/έμμεσα ασφαλισμένος/η στο ……..
   - **IV.** Ορίζω ως νόμιμο αντιπρόσωπο μου τον/την ……. του……..., κάτοικο …….. με Α.Δ.Τ :…….. και τηλ.επικοινωνίας……
   - **V.** Αναλαμβάνω την υποχρέωση να ενημερώνω την υπηρεσία σας για οποιαδήποτε μεταβολή των υποβληθέντων στοιχείων.

6. Υπεύθυνη Δήλωση του Ν.1599/1986 **(θεωρημένη για το γνήσιο της υπογραφής),** στην οποία **ο αντιπρόσωπος** θα δηλώνει τα εξής:
   - **I.** Δέχομαι να οριστώ αντιπρόσωπος του/της ……
   - **II.** Αναλαμβάνω την υποχρέωση να ενημερώνω την υπηρεσία σας για οποιαδήποτε μεταβολή και σε περίπτωση θανάτου του δικαιούχου του διατροφικού επιδόματος Νεφροπαθών.

7. Φωτοαντίγραφο Τελευταίου Εκκαθαριστικού Σημειώματος Εφορίας του δικαιούχου και του αντιπροσώπου.
8. **ΑΜΚΑ** του δικαιούχου και του αντιπροσώπου.
9. Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης (από τον Δήμο).
10. Πιστοποιητικό Μόνιμης Κατοικίας (από τον Δήμο).
11. Φωτοτυπία πρώτης σελίδας βιβλιαρίου **Εμπορικής Τράπεζας** (με το όνομα του δικαιούχου).
12. Άδεια Διαμονής (για πολίτες χωρών Ε.Ε. και λοιπούς δικαιούχους, εκτός Ελλήνων Πολιτών και Ομογενών).

ΠΡΟΣΟΧΗ

1. Οι δικαιούχοι του διατροφικού επιδόματος που λαμβάνουν το επίδομα μέσω τραπεζικών λογαριασμών δύο φορές τον χρόνο (Ιανουάριο και Ιούλιο) πρέπει να προσκομίζουν στην Υπηρεσία μας Υπεύθυνη δήλωση του Ν.1599/1986 περί του ότι « εξακολουθούν να συντρέχουν οι λόγοι δικαιώματος επιδότησης ». Σε διαφορετική περίπτωση ο φορέας καταβολής έχει το δικαίωμα διακοπής του επιδόματος.

2. Το επίδομα δεν θα καταβάλλεται για το χρονικό διάστημα που ο δικαιούχος **απουσιάζει εκτός Ελλάδος περισσότερο από 3 μήνες.**

3. Έναρξη δικαιώματος καταβολής του διατροφικού επιδόματος θεωρείται **η ημερομηνία κατάθεσης της αίτησης** στην αρμόδια Δ/νση Υγείας & Κοινωνικής Μέριμνας της Περιφερειακής Ενότητας.