|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ (οικονομικού έτους 2024) ΓΙΑ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑ**

Ο/Η υπογραφόμεν… ………………………………………………….……………………. του …………………………ειδικότητας …………....…

Τηλέφωνο ……………………………….. Κινητό …………………………………….. e-mail: …………………………………….…………………………………………

Α.Φ.Μ.:.……………….……………. Δ.Ο.Υ.: …………………………………… ΑΔΤ……….……….…….

**Δηλώνω υπεύθυνα**

και με γνώση των κυρώσεων που προβλέπει ο Νόμος για ψευδή δήλωση, τα παρακάτω στοιχεία, που είναι απαραίτητα για την καταβολή της οικογενειακής παροχής σύμφωνα με το αρ.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.

1. **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ**: Οικογενειακή Κατάσταση (σημειώστε Χ ανάλογα)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Άγαμος/η |  |  | Έγγαμος/η |  |  | Σε διάσταση |  |  | Σε διάζευξη |  |  | Σε χηρεία |  |

Σε περίπτωση διάστασης ή διάζευξης: Η επιμέλεια των παιδιών έχει νόμιμα ανατεθεί στον/στην ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΖΥΓΟΥ**

Ονοματεπώνυμο ……………………………………………………………………………………………. Πατρώνυμο …………………………..………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΓΑΜΩΝ ΤΕΚΝΩΝ** | | | |  | | |  |
| Α/Α | Ονοματεπώνυμο τέκνου | Πλήρης Ημερ.Γένν.  ΗΜ/ΜΜ/ΕΕ | Σε ποια ανώτερη/ανώτατη σχολή φοιτά  ή σε ποια τάξη της Β/θμιας Εκπ/σης | Ημερομηνία 1ηςεγγραφής στη σχολή φοίτησης | Προβλεπόμενα έτη φοίτησης στη Σχολή |  | Ειδική κατηγορία (αναπηρία) 50% και άνω Ναι/Όχι |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |

**Οποιαδήποτε μεταβολή των παραπάνω στοιχείων θα τη γνωστοποιήσω αμέσως στην υπηρεσία.**

**Το επίδομα τέκνων δίνεται:**

1. Στα άγαμα τέκνα μέχρι τη συμπλήρωση του 18ου έτους ή 19ου αν είναι στη Β/θμια Εκπαίδευση.
2. Εφόσον φοιτούν σε οποιοδήποτε φορέα **μεταλυκειακής** εκπαίδευσης, **μεταπτυχιακά** προγράμματα, (δημόσια, ιδιωτικά, ημεδαπής ή αλλοδαπής) ανάλογα με τα **προβλεπόμενα εξάμηνα** της Σχολής στην οποία φοιτούν και μόνο μέχρι το **24ο έτος**. **Απαιτείται Βεβαίωση Φοίτησης τους** **για το ακαδημαϊκό έτος 2023-2024**.
3. Σε περίπτωση αναπηρίας **απαιτείται Βεβαίωση ΚΕΠΑ σε ισχύ**.

|  |  |
| --- | --- |
|  | ……………………………………….. / …. / ………  Ο/Η Δηλών/ούσα |

Να συμπληρωθεί από τους **ΝΕΟΔΙΟΡΙΖΟΜΕΝΟΥΣ** εκπ/κούς και να υποβληθεί μαζί με **πρόσφατες** **Βεβαιώσεις** (π.χ. διάζευξης, γέννησης, σπουδών, διακοπής φοίτησης,).