

Αναρτηθεί στο
site
AB

Θέμα: Fwd: 4η ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΩΝ ΣΕ ΚΔΗΦ ΑΝΟΙΞΗΣ ΠΕΓΚΑΠ.ΝΥ

Από: ΠΕΓΚΑΠ- ΝΥ <infopegkap@gmail.com>

Ημερομηνία: 11/10/2024, 10:47 π.μ.

Προς: ΠΟΣΓΚΑμεΑ <posgamea@otenet.gr>, ΕΣΑμεΑ <esaea@otenet.gr>, ΓραφείοDimosion Sxeseon Dimou Dionysou <dimsxeseis@dionysos.gr>

Εκ παραδρομής επισυναπτόταν η πρόσκληση χωρίς αριθμο πρωτοκολλου. Σας επαναπροωθούμε το σωστό.

Ευχαριστούμε θερμα.

----- Forwarded message -----

Από: ΠΕΓΚΑΠ- ΝΥ <infopegkap@gmail.com>

Date: Παρ 11 Οκτ 2024 στις 10:26 π.μ.

Subject: Fwd: 4η ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΩΝ ΣΕ ΚΔΗΦ ΑΝΟΙΞΗΣ ΠΕΓΚΑΠ.ΝΥ

To:

ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤ. 299691.	ΧΡΕΩΣΗ
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ 14/10/2024	ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ

Καλημέρα σας. Σας ξαναστέλνω την πρόσκληση της ΠΕΓΚΑΠ για 2 θέσεις στην δομή της Άνοιξης. Έπρεπε να έχει ανέβει το κείμενο από 7/10

----- Forwarded message -----

Από: ΠΕΓΚΑΠ- ΝΥ <infopegkap@gmail.com>

Date: Δευ 7 Οκτ 2024 στις 12:43 μ.μ.

Subject: 4η ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΩΝ ΣΕ ΚΔΗΦ ΑΝΟΙΞΗΣ ΠΕΓΚΑΠ.ΝΥ

To:

Καλησπέρα σας,

Σας επισυνάπτουμε τα παρακάτω έγγραφα προκειμένου να τα αναρτήσετε στο site σας.

Πρόκειται για Πρόσκληση Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος από την ΠΕΓΚΑΠ-ΝΥ.

Παρακαλείσθε να αναρτήσετε μαζί με τα συνημμένα αρχεία και το παρακάτω κείμενο:

Η ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΕΝΩΣΗ ΓΟΝΕΩΝ & ΚΗΔΕΜΟΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΝΟΗΤΙΚΑ ΥΣΤΕΡΟΥΝΤΩΝ (ΠΕΓΚΑΠ-ΝΥ) στο πλαίσιο του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (ΕΣΠΑ) για την προγραμματική περίοδο 2021-2027, Επιχειρησιακού Προγράμματος «ΑΤΤΙΚΗ 2021-2027», λειτουργώντας ως δικαιούχος της πράξης Συνέχιση λειτουργίας της Δομής ΚΔΗΦ ΑΜΕΑ στην Άνοιξη Αττικής της ΠΕΓΚΑΠ-ΝΥ» με Κωδικό ΟΠΣ 6003492

ΠΡΟΣΚΑΛΕΙ

άτομα με νοητική υστέρηση (στο εξής θα καλούνται «ωφελούμενοι») να υποβάλλουν αίτηση συμμετοχής για την πλήρωση δύο (2) κενών θέσεων ωφελούμενου/ης, συνοδευόμενη με τα απαραίτητα δικαιολογητικά για την συμμετοχή τους στο πρόγραμμα παροχής υπηρεσιών Κέντρου Δημέρευσης και Ημερήσιας Φροντίδας Ατόμων με Αναπηρία στην Άνοιξη Αττικής που λειτουργεί η ΠΕΓΚΑΠ-ΝΥ στη Λεωφόρο Σταμάτας 31 , ΤΚ 14569.

Υποβολή αιτήσεων από τη Δευτέρα 7 Οκτωβρίου 2024 έως και Παρασκευή 11 Οκτωβρίου 2024.



Λ. Πεντέλης 92, Χαλάνδρι
Τηλ.: 2106814125
email: infopegkap@gmail.com



Λ. Πεντέλης 92, Χαλάνδρι
Τηλ.: 2106814125
email: infopegkap@gmail.com

--



Λ. Πεντέλης 92, Χαλάνδρι
Τηλ.: 2106814125
email: infopegkap@gmail.com

— Συνημμένα: —

ΑΙΤΗΣΗ-ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΩΝ-ΚΔΗΦ-Ανοιξης-ΕΣΠΑ-2021-2027.docx	454 KB
ΥΔ-1.doc	42,0 KB
ΥΔ-2.doc	710 KB
4η ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΩΝ ΣΕ ΚΔΗΦ -ΠΕΓΚΑΠ-ΝΥ ΑΝΟΙΞΗ -10.2024.docx	471 KB



ανελλήνια Ένωση Γονέων και Κηδεμόνων
Ατόμων Παιδιών - Νοητικά Υστερούντων

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕ
Λειτουργίας της Δομής ΚΔΗΦ ΑΜΕΑ στην **Ανοικτή Αιλική της Πειραιά**,
του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Αττική 2021-2027»

Ημερομηνία υποβολής : / / 2024
ΑΡΙΘ. ΠΡΩΤ. (συμπληρώνεται από τον
φορέα):

Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ/ΗΣ					
ΕΠΩΝΥΜΟ					
ΟΝΟΜΑ				ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣ ΗΣ	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ					
ΑΡ.ΤΑΥΤΟΤΗ ΑΣ				Α.Φ.Μ. / ΑΛΛΟ	
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ					
ΤΥΠΟΣ ΠΛΑΙΣΙΟΥ ΔΙΑΜΟΝΗΣ					
ΚΥΡΙΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ Σ ΦΟΡΕΑΣ					
ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ:	ΝΟΜΟΣ		ΔΗΜΟ Σ		ΠΟ ΛΗ
	ΟΔΟΣ		ΑΡΙΘΜ ΟΣ		Τ.Κ .
ΤΗΛΕΦΩΝΟ		FAX		e-mail	

Β. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ / ΚΗΔΕΜΟΝΑ / ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ /ΗΣ					
ΕΠΩΝΥΜΟ					
ΟΝΟΜΑ				ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣ ΗΣ	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ					
ΑΡ.ΤΑΥΤΟΤΗ ΑΣ				Α.Φ.Μ. / ΑΛΛΟ	

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ					
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ					
ΚΥΡΙΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ Σ ΦΟΡΕΑΣ					
ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑ ΣΗΣ (ΕΦΟΣΟΝ ΥΠΑΡΧΕΙ)					
ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ:	ΝΟΜΟΣ		ΔΗΜΟ Σ		ΠΟ ΛΗ
	ΟΔΟΣ		ΑΡΙΘΜ ΟΣ		Τ.Κ
ΤΗΛΕΦΩΝΟ		FAX		e- mai l	

Γ. ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΥΠΟΒΑΛΛΩ		Τίθεται Χ σε ό,τι υποβάλλεται συνημμένα
ΔΙΑΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ/ΗΣ		
1	Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου ή πιστοποιητικό γεννήσεως ή Κάρτα Αναπηρίας. Σε περίπτωση μη ύπαρξης των προαναφερομένων (π.χ. περιπτώσεις ατόμων που διαβιούν σε ιδρύματα) οποιοδήποτε άλλο έγγραφο ταυτοποίησης. Εάν ο ωφελούμενος είναι αλλοδαπός από τρίτες χώρες απαιτείται και αντίγραφο της άδειας διαμονής εν ισχύ. Εάν είναι Έλληνας ομογενής απαιτείται αντίγραφο ταυτότητας ομογενούς.	
2	Αντίγραφο ή εκτύπωση Ατομικού ή οικογενειακού εκκαθαριστικού σημειώματος εφόσον το άτομο υποχρεούται να έχει καταθέσει φορολογική δήλωση για το φορολογικό έτος 2023, ή σχετική υπεύθυνη δήλωση σε περίπτωση που δεν υποχρεούται.	
3	Αντίγραφο Βεβαίωσης πιστοποίησης της αναπηρίας του ωφελούμενου, εν ισχύ, για τουλάχιστον μία πάθηση από τις αναφερόμενες στην υπ' αρ. οικ. 47305/12.12.2018 (Β' 5571) κοινή υπουργική απόφαση, όπως ισχύει, ή με συνολικό ποσοστό αναπηρίας ίσο ή μεγαλύτερο από 67%.)	
4	Ειδικώς οι ανήλικοι, μπορούν να καταστούν ωφελούμενοι με μόνη την υποβολή ηλεκτρονικού εισηγητικού ιατρικού φακέλου για την έκδοση πιστοποίησης αναπηρίας από το ΚΕ.Π.Α. ή με μόνη την εγκριτική ηλεκτρονική ιατρική γνωμάτευση ειδικών θεραπειών του Ε.Ο.Π.Υ.Υ..	
5	Αντίγραφο Πιστοποιητικού οικογενειακής κατάστασης (σε ισχύ)	

6	Εάν το άτομο που είναι επιφορτισμένο με τη φροντίδα του συγκεκριμένου ωφελούμενου (γονέας/ανάδοχος/επίτροπος/δικαστικός συμπαραστάτης) ή άλλο μέλος της οικογένειας ανήκει στην ομάδα των ΑμεΑ, απαιτείται αντίγραφο/α βεβαίωσης πιστοποίησης της αναπηρίας του/τους εν ισχύ.	
7	Βεβαίωση ΑΜΚΑ ή υπεύθυνη δήλωση του ωφελουμένου ή του νομίμου εκπροσώπου του περί μη κατοχής ΑΜΚΑ.	
8	Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 παρ. 4 του ν. 1599/1986 του ωφελούμενου ή του νόμιμου εκπροσώπου, που να αναφέρει ότι: α) δεν θα λαμβάνει αποζημίωση για τις συγχρηματοδοτούμενες υπηρεσίες που του παρέχονται από το ΚΔΗΦ από άλλη χρηματοδοτική πηγή (π.χ. ΕΟΠΥΥ) κατά την περίοδο συμμετοχής του στην πράξη, και β) δεν θα λαμβάνει υπηρεσίες από άλλο ΚΔΗΦ ή άλλο φορέα παροχής παρεμφερών υπηρεσιών, ο οποίος χρηματοδοτείται από εθνικούς ή/και κοινοτικούς πόρους, κατά την περίοδο συμμετοχής του στην πράξη.	
9	Σε περίπτωση ωφελούμενου που διαβιεί σε μονάδα κλειστής φροντίδας: • Σχετική βεβαίωση του αρμόδιου οργάνου / νόμιμου εκπροσώπου του φορέα λειτουργίας της μονάδας που να πιστοποιεί τη διαβίωση του σε αυτό και να βεβαιώνει ότι, σε περίπτωση επιλογής του αιτούντος για την συμμετοχή του στην πράξη, θα προσκομίσει στο δικαιούχο όλες τις απαραίτητες πληροφορίες για το ατομικό και κοινωνικό ιστορικό του ωφελούμενου και σχετική έκθεση/αξιολόγηση του ωφελούμενου από την επιστημονική ομάδα του ιδρύματος. • Συνοπτική έκθεση της επιστημονικής ομάδας για το βαθμό προσαρμογής του ατόμου στο πρόγραμμα του ΚΔΗΦ. Στη σχετική έκθεση θα πρέπει επίσης να βεβαιώνεται ότι ο υποψήφιος ωφελούμενος συναινεί για τη συμμετοχή του στην πράξη.)	
	Για τους ωφελούμενους που διαβιούν σε μονάδες κλειστής φροντίδας η αδυναμία προσκόμισης των δικαιολογητικών/εγγράφων των ανωτέρω σημείων 1, 2, 5 και 7, δύναται να καλυφθεί με σχετική υπεύθυνη δήλωση του νόμιμου εκπροσώπου του φορέα λειτουργίας της μονάδας, μετά από σχετική απόφαση εξουσιοδότησης του αρμόδιου οργάνου του φορέα.	
10	ΑΠΟΦΑΣΗ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗΣ (ΕΦΟΣΩΝ ΥΠΑΡΧΕΙ) ΚΑΙ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΔΙΚΕΙΟΥ ΠΕΡΙ ΤΕΛΕΣΙΔΙΚΙΑΣ	
11	ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ (ΑΠΟ ΕΦΚΑ ή άλλο ασφαλιστικό φορέα)	

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(σε περίπτωση που υποβάλλει την αίτηση ο/η ωφελούμενος /η)

Αιτούμαι και υποβάλλω συνημμένα δικαιολογητικά για την παροχή υπηρεσιών, από τη Δομή σας, Κέντρο Δημέρευσης-Ημερήσιας φροντίδας ΑμεΑ, στο πλαίσιο της Πράξης «Συνέχιση λειτουργίας της Δομής ΚΔΗΦ ΑΜΕΑ στην Άνοιξη Αττικής της ΠΕΓΚΑΠ-ΝΥ» του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Αττική 2021-2027»

Με την παρούσα αίτηση, δηλώνω επίσης ότι αποδέχομαι να χρησιμοποιούνται τα στοιχεία τα οποία υποβάλλονται μόνο για τον σκοπό τον οποίο ζητήθηκαν, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 2472/97 περί προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.

Ο / Η ΑΙΤΩΝ / ΑΙΤΟΥΣΑ

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ - ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ)

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(σε περίπτωση που υποβάλλει την αίτηση γονέας / κηδεμόνας/ νόμιμος εκπρόσωπος του / της ωφελούμενου / ης)

Αιτούμαι και υποβάλλω συνημμένα δικαιολογητικά για την παροχή υπηρεσιών για τον/την ωφελούμενο/ ωφελούμενη....., που νομίμως εκπροσωπώ, δυνάμει της υπ' αριθμ. Απόφασης Δικαστικής Συμπράτασης, από τη δομή σας Κέντρο Δημέρευσης-Ημερήσιας φροντίδας ΑμεΑ, στο πλαίσιο της Πράξης ς «Συνέχιση λειτουργίας της Δομής ΚΔΗΦ ΑΜΕΑ στην Άνοιξη Αττικής της ΠΕΓΚΑΠ-ΝΥ», του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Αττική 2021-2027»,

Με την παρούσα αίτηση, δηλώνω επίσης ότι αποδέχομαι να χρησιμοποιούνται τα στοιχεία τα οποία υποβάλλονται μόνο για τον σκοπό τον οποίο ζητήθηκαν, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 2472/97 περί προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.

Ο / Η ΑΙΤΩΝ / ΑΙΤΟΥΣΑ

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ – ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ)



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :	ΠΕΓΚΑΠ-ΝΥ						
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:	TK:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):			

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις ⁽³⁾, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

α) δε θα λαμβάνω αποζημίωση για τις συγχρηματοδοτούμενες υπηρεσίες που μου παρέχονται από το ΚΔΗΦ της ΠΕΓΚΑΠ-ΝΥ από άλλη χρηματοδοτική πηγή (π.χ. ΕΟΠΥΥ) κατά την περίοδο συμμετοχής μου στην Πράξης «Συνέχιση λειτουργίας της Δομής ΚΔΗΦ ΑΜΕΑ στην Άνοιξη Αττικής της ΠΕΓΚΑΠ-ΝΥ» με Κωδικό ΟΠΣ 6003492 , και

β) δε θα λαμβάνω υπηρεσίες από άλλο ΚΔΗΦ ή άλλο φορέα παροχής παρεμφερών υπηρεσιών, ο οποίος χρηματοδοτείται από εθνικούς ή/και κοινοτικούς πόρους, κατά την περίοδο συμμετοχής μου στην πράξη.

(4)

Ημερομηνία: 20..

Ο – Η Δηλ.

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :	ΠΕΓΚΑΠ-ΝΥ						
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:	ΤΚ:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):			

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις ⁽³⁾, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

Α) Ο/Η ΔΙΑΜΕΝΕΙ ΣΤΟ ΙΔΡΥΜΑ/
ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ/ ΚΚΠΠ
Β) ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΤΟΥ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ,
ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΩ ΣΤΟΝ ΦΟΡΕΑ ΣΑΣ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΑΤΟΜΙΚΟ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΟΥ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ/ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΥ
ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΤΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ.

(4)

Ημερομηνία: 20..

Ο – Η Δηλ.

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.

