

**ΑΙΤΗΣΗ
ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ ΠΑΡΑΠΛΗΓΙΑΣ Ή ΤΕΤΡΑΠΛΗΓΙΑΣ**

ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Επώνυμο:
Όνομα:
Όνομα Πατέρα:
Όνομα Μητέρας:
Έτος γεννήσεως:
Αρ.Μητρώου Ασφ.(ΙΚΑ):

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ

Αριθμός:
Ημερ.έκδοσης:
Εκδούσα Αρχή:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

Πόλη:
Συνοικία:
Οδός:
Τ.Κ.: Τηλ.:

.....20...

Υποκ/μα ΙΚΑ
Αρ.& ημ/νία πρωτ.:
Χρόνος οριστ. Απάντησης

ΠΡΟΣ

Το Υποκ/μα ΙΚΑ
Τμήμα

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε
το επίδομα του Ν.1140/81.

Σχετικά σας δηλώνω ότι:

1. Είμαι ασφαλισμένος ή συνταξιούχος
γήρατος/αναπηρίας/θανάτου και πάσχω
από παραπληγία ή τετραπληγία.

(1)

2. Το τέκνο ή ο/η
σύζυγός μου πάσχει από παραπληγία ή
τετραπληγία. (1)

3. Δηλώνω επίσης ότι έλαβα γνώση πως
πρέπει να προσκομίσω τα πιο κάτω
δικαιολογητικά μου μέσα σε προθεσμία
30 ημερών και πως η αίτησή μου θα
απορριφθεί χωρίς άλλη ειδοποίηση όταν
περάσει άπρακτη η προθεσμία αυτή.

Ο/Η ΑΙΤ..... ΔΗΛ.....

Υπογραφή - Ονοματεπώνυμο

(1) «Διαγράψτε την ένδειξη που δεν ταιριάζει στην περίπτωσή σας».
ΤΑ ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΗΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΑ ΣΤΗΝ ΠΙΣΩ ΣΕΛΙΔΑ.

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

1. Τα ασφαλιστικά βιβλιάρια (μόνο για τους ασφαλισμένους).
2. Ληξιαρχική πράξη γάμου (μόνο για περίπτωση συζύγου).
3. Ληξιαρχική πράξη γεννήσεως (μόνο για περίπτωση τέκνου).
4. Υπεύθυνη Δήλωση του Ν. 1599/88 όπου ο αιτών θα δηλώνει:
 - α) Εάν υπήρξε ή όχι ασφαλισμένος σε άλλο Ταμείο ή Οργανισμό Κύριας Ασφάλισης και σε ποιο και αν το επίδομα το ζητά ο άμεσος ασφ/νος πρέπει να συμπληρώσει τη δήλωση αν εξακολουθεί να εργάζεται με τι αποδοχές το μήνα και με ποια ειδικότητα.
 - β) Εάν ο/η σύζυγός του είναι ασφαλισμένος ή όχι του ΙΚΑ ή άλλου Ταμείου ή Οργανισμού Κύριας ασφάλισης.
 - γ) Εάν το τέκνο του εργάζεται ή λαμβάνει σύνταξη ή νοσηλεύεται σε Ειδικό Ίδρυμα και εάν ο άλλος σύζυγος έχει ζητήσει ή όχι το επίδομα για το τέκνο.
5. Πιστοποιητικό Κρατικού Νοσοκομείου ή Θεραπευτηρίου ή έστω πιστοποιητικό νευρολόγου ή ορθοπαιδικού του ΙΚΑ ή γιατρού Εξωτερικών Ιατρείων Κρατικού Νοσοκομείου ο οποίος να βεβαιώνει ότι πάσχει από παραπληγία ή τετραπληγία.

Συν/να βιβλιάρια ΔΑΤΕ

..... Ν.Τ.

.....

Ελλείποντα Δικαιολογητικά

Ο Αρμόδιος Υπάλληλος

.....

.....

ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ

- 1) Ασφαλισμένοι
- 2) Μέλη Οικογένειας των ασφ/νων
- 3) Συνταξιούχοι αναπηρίας-γήρατος-θανάτου
- 4) Μέλη Οικογενείας των συντ/χων

ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ

Ασφαλισμένοι

Εφόσον έχουν πραγματοποιήσει στην ασφάλιση του ΙΚΑ για τον κλάδο συντάξεων.

- α) 350 τουλάχιστον ημέρες εργασίας τα τέσσερα τελευταία χρόνια στα αμέσως προηγούμενα εκείνου που κατέστησαν ανίκανοι για εργασία, από τις οποίες όμως 50 τουλάχιστον το προηγούμενο έτος ή το προηγούμενο 15μηνο (άρθρο 31 Α.Ν. 1846/51) ή
- β) 1000 τουλάχιστον ημέρες εργασίας, οποτεδήποτε.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Η μη προσκόμιση του σχετικού πιστοποιητικού (αριθ. 5) θα έχει και άλλη συνέπεια ότι ο αιτών δε θα εξετάζεται από την αρμόδια Υγ. Επιτροπή σύμφωνα με το υπ' αριθ. Π 51/13/5-6-91 έγγραφο Δ/σης ΙΚΑ.