ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ

# Ο.Α.Ε.Ε.

#  ΑΙΤΗΣΗ

# ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ ΑΠΟΛΥΤΟΥ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ / ΕΞΩΪΔΡΥΜΑΤΙΚΟΥ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Για χορήγηση εξωϊδρυματικού επιδόματος |  |  |
|  |  |  Για χορήγηση επιδόμ. απολύτου αναπηρίας |  |  |
|  |  |  |  |
|  | Εξέταση κατ΄ οίκον |  | Μετάβαση στην Υγ. Επιτρ. |

Η αίτηση υποβάλλεται στο αρμόδιο Τμήμα Συντάξεων Ο.Α.Ε.Ε. από τον συνταξιούχο ή από νόμιμο εκπρόσωπό του.

|  |  |
| --- | --- |
| ΠΡΟΣ ΤΟΝ Ο.Α.Ε.Ε.: | \* ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ Ο.Α.Ε.Ε.  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 1 . ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΥ (ΚΕΦΑΛΑΙΑ) |  |
| **Α.Φ.Μ** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **ΗΜΕΡΟΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ** |
| **Α.Μ.Κ.Α.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ΕΠΩΝΥΜΟΑ) ΓΕΝΝΗΣΗΣΒ) ΣΗΜΕΡΙΝΟ | ΟΝΟΜΑ | ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ | ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ |
|  |  |  |
| **ΑΡ. ΑΣΤΥΝ. ΤΑΥΤ.** | **Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: ΟΔΟΣ–ΑΡΙΘ.–ΤΑΧ. ΚΩΔ.– ΠΟΛΗ Ή ΧΩΡΙΟ**  | **ΑΡ. ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ** |
| **ΠΑΛΑΙΟΣ ΑΣΦ/ΝΟΣ** | **ΝΕΟΣ ΑΣΦ/ΝΟΣ (να διαγραφεί το μη ισχύον)** |  |
| ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ \* | **ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ**  | **ΕΛΛΕΙΠΟΝΤΑ** |
|  |  | **□** | **□** |
|  |  | **□** | **□** |
|  |  | **□** | **□** |
|  |  | **□** | **□** |
|  |  | **□** | **□** |
| Αναλαμβάνω την υποχρέωση να τα προσκομίσω σε ……..ημέρες, διαφορετικά δεν θα προχωρήσει το αίτημά μου. |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 2 . ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ (ΚΕΦΑΛΑΙΑ) |  |
| Εάν ορίσετε εκπρόσωπο για να καταθέσει την αίτησή σας, συμπληρώστε τις παρακάτω στήλες  |
| ΕΠΩΝΥΜΟ Ι | **ΟΝΟΜΑ Ι** | **ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ Ι** | **ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ**  |
| **ΑΡ. ΑΣΤΥΝ. ΤΑΥΤ** | **Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:ΟΔΟΣ – ΑΡΙΘΜΟΣ – ΤΑΧ. ΚΩΔ. – ΠΟΛΗ Ή ΧΩΡΙΟ** | **ΑΡ. ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ** |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 3. ΕΛΕΓΧΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ **\*** |
| ΤΜΗΜΑ Ο.Α.Ε.Ε. ……………….. |
| **ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΠΟΥ ΕΚΑΝΕ ΕΛΕΓΧΟ**Κ 0610/6/06 (Περιφ. Τμήμα) | ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥΑριθμός…………………………….Ημερομηνία Παραλαβής……………….Συνημμένα………………………… |
| Ονοματεπ/μο :………………………… |
| Υπογραφή …………………………….. |
|  |

 Ημ/νία:……/………/……….

 Ο/Η Αιτ……

\* Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία