

Αίτηση Εξωϊδρυματικού Επιδόματος (Παραπληγίας)

Αριθμ.Πρωτοκόλλου-Ημ/νία Οριστικοποίησης: 09904/2024/1102333-06/04/2024

Υπηρεσία e-ΕΦΚΑ Παραλαβής Δικαιολογητικών: Τ.Δ. Α Ημαθίας, με έδρα την Βέροια

1. Στοιχεία Ασφαλισμένου

1.0 Τελευταίος φορέας ασφ/σης: **ΙΚΑ - ΕΤΑΜ (τέως ΤΑΔΚΥ)**

1.1 Α.Μ.Κ.Α.: **24023500382**

1.2 Α.Φ.Μ.: **111415540**

1.3 Αρ. Συστήματος: **100849916**

1.4 Επώνυμο: **ΧΡΥΣΟΧΟΟΥ**

1.5 Όνομα: **ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ**

1.6 Πατρώνυμο: **ΘΕΜΙΣΤΟΚ**

1.7 Μητρώνυμο: **ΑΘΗΝΑ**

1.8 Ημερ.Γέννησης: **24/02/1935**

1.9 Επώνυμο κατά τη Γέννηση: **ΜΠΟΥΡΝΤΕΝΑ**

1.10 Χώρα Γέννησης: **ΕΛΛΑΔΑ**

1.11 Υπηκοότητα: **ΕΛΛΑΔΑ**

1.12 i) Τύπος Εγγράφου: **Αστυνομική Ταυτότητα**

1.12 ii) Αρ.Ταυτότητας/Διαβατηρίου: **Z00000920116**

1.12 iii) Εκδούσα Αρχή:

1.13 i) Οδός: **ΜΗΤΡΟΠΟΛΕΩΣ 26**

1.13 ii) Αριθμός:

1.13 iii) Τ.Κ.: **59100**

1.13 iv) Πόλη:

1.14 Συμφωνείτε με τα παραπάνω στοιχεία που διαθέτει ο e-ΕΦΚΑ για εσάς; **ΝΑΙ**

1.15 i) IBAN*: **GR2301405370537002101027332**

Στοιχεία Επικοινωνίας Εκπροσώπου:

E-Mail: **nanaxysochoou@gmail.com**

Κινητό: **+306932951395**

1.16 Είστε κάτοικος Εξωτερικού; **ΟΧΙ**

2. Υπεύθυνη Δήλωση Στοιχείων

2.1 Ποιον αφορά η αίτηση;

Τον ίδιο

2.13 Λαμβάνετε προσαύξηση της σύνταξής μου λόγω απολύτου αναπηρίας;

ΟΧΙ

2.14 Λαμβάνετε επίδομα παραπληγικού/τετραπληγικού από οποιαδήποτε Φορέα / ΟΠΕΚΑ / ΤΑΥΤΕΚΟ

ΟΧΙ

2.15 Νοσηλεύομαι σε οποιοδήποτε Ίδρυμα ασυλιακής μορφής για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 30 ημερών με δαπάνες του ασφαλιστικού φορέα

ΟΧΙ

3. Ασφαλιστική Κατάσταση**4. Συντάξεις****4.1 Συντάξεις Αιτούντα:**

Περιγραφή πρώην Φ.Κ.Α	ΑΜΑ πρώην Φ.Κ.Α	Τύπος Σύνταξης
ΟΓΑ	1500206828	ΣΥΝΤΑΞΗ ΓΗΡΑΤΟΣ
ΔΗΜΟΣΙΟ	6308184530120	ΣΥΝΤΑΞΗ ΘΑΝΑΤΟΥ ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΥ

5. ΚΕΠΑ**Προηγούμενη Απόφαση ΚΕΠΑ**

5.1 Αριθμός Μητρώου ΚΕΠΑ:

5.2 Αριθμός Απόφασης:

5.3 Ημερομηνία Έκδοσης:

5.4 Ποσοστό Αναπηρίας:

5.5 Διάστημα Από:

5.6 Διάστημα Έως:

Κατάσταση Απόφασης: **Δεν υπάρχει ενεργή Απόφαση****6. Υπεύθυνη Δήλωση**

Το υποκατάστημα υποβολής των δικαιολογητικών σας είναι:

Τ.Δ. Α Ημαθίας, με έδρα την Βέροια

6.1 Αποδέχομαι την επεξεργασία και χρήση των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα από τον e - ΕΦΚΑ σύμφωνα με τον Γενικό Κανονισμό Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων και τον Ν.4624/2019 (Α'137). Για την εκτέλεση της επεξεργασίας της αίτησης, καθώς και κατά τη μετέπειτα διαδικασία ελέγχου των απονομών ο e - ΕΦΚΑ διατηρεί το δικαίωμα ελέγχου των συντάξεων και επιδομάτων που αφορούν τον αιτούντα

ΝΑΙ

6.2 Ενημερώθηκα, ότι σε περίπτωση που η υγειονομική επιτροπή αποφανθεί ότι δεν δικαιούμαι εξωϊδρυματικό επίδομα σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.1140/81, Ν.3232/04 και Ν.3518/06,Ν.4554/18 άρθρο 56 το αίτημα μου θα απορριφθεί.

6.3 Αποδοχή:

ΝΑΙ