ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ

Ο.Α.Ε.Ε.

ΑΙΤΗΣΗ
ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ ΑΠΟΛΥΤΟΥ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ / ΕΞΩΪΔΡΥΜΑΤΙΚΟΥ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ

1. ☐ **Για χορήγηση εξωϊδρυματικού επιδόματος**
2. ☐ **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.											

ΕΠΩΝΥΜΟ Α) ΓΕΝΝΗΣΗΣ Β) 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**
1.	☐	☐
2.	☐	☐
3.	☐	☐
4.	☐	☐
5.	☐	☐

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	**ΟΝΟΜΑ**	**ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ**	**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	**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**
Ονοματεπ/μο :…… Υπογραφή ……..	| Αριθμός…… Ημερομηνία Παραλαβής……. Συνημμένα……

Ημ/νία:……/……/…….

Ο/Η Αιτ……

* **Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία**