



ΑΙΤΗΣΗ ΕΞΑΙΡΕΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΟΧΡΕΩΣΗ ΚΑΤΑΒΟΛΗΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΗΣ

Α. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ

Όνοματεπώνυμο: _____

Αρ. Δελτίου Ταυτότητας/ Δελτίο Εγγραφής Αλλοδαπού (διαγράψτε ότι δεν ισχύει): _____

Ημ. Γέννησης: ____ / ____ / ____

Β. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΞΑΙΡΕΣΗΣ :

| Επιλέξτε (✓) κατηγορία | Κατηγορίες Εξαίρεσης | Αποδεικτικά στοιχεία που υποβάλλονται με την παρούσα αίτηση |
|------------------------|---|--|
| | Ανάπηροι αγώνων που λαμβάνουν χορηγήματα από το Ταμείο Ανακούφισης Παθόντων ή άλλο ταμείο που δημιουργήθηκε με βάση τους εκάστοτε ισχύοντες Νόμους ή Κανονισμούς | <input type="checkbox"/> Κάρτα Νοσηλείας η οποία εκδίδεται από την Επιτροπή Ανακουφίσεως Παθόντων |
| | Εξαρτώμενοι αγνοουμένων, αναπήρων αγώνων ή πεσόντων | |
| | Άτομα που κατέχουν ταυτότητα νοσηλείας η οποία εκδόθηκε από την Επιτροπή Ανακούφισης Παθόντων | |
| | Αιχμάλωτοι πολέμου του 1974 και οι εξαρτώμενοι τους | <input type="checkbox"/> Σχετική Βεβαίωση από τον Ερυθρό Σταυρό ή <input type="checkbox"/> Σχετική Βεβαίωση από το Σύνδεσμο Αιχμαλώτων Κύπρου |
| | Ασθενείς που πάσχουν από σοβαρή ψυχική διαταραχή, σύμφωνα με τις διατάξεις του περί Ψυχιατρικής Νοσηλείας Νόμου του 1997 (Ν. 77(Ι)/1977), περιλαμβανομένων και των ασθενών που λαμβάνουν αντιψυχωσικά φάρμακα με διάγνωση τη σχιζοφρένεια | <input type="checkbox"/> Σχετική Βεβαίωση από Κρατικό Ψυχίατρο |
| | Άτομα με νοητική αναπηρία, σύμφωνα με τις διατάξεις του περί Ατόμων με Νοητική Αναπηρία Νόμου του 1989 (Ν. 117/1989) και όπως εκάστοτε τροποποιείται. | <input type="checkbox"/> Σχετική βεβαίωση από τον θεράπων ιατρό ή <input type="checkbox"/> Σχετική βεβαίωση από την Επιτροπή Προστασίας Ατόμων με Νοητική Αναπηρία (ΕΠΑΝΑ) ή <input type="checkbox"/> Σχετική βεβαίωση από το Τμήμα Κοινωνικής Ενσωμάτωσης Ατόμων με Αναπηρίες (ΤΚΕΑΑ) |
| | Ένοικοι ιδρυμάτων για παιδιά με ειδικές ανάγκες | <input type="checkbox"/> Σχετική Βεβαίωση από το ίδρυμα στο οποίο διαμένει το ενδιαφερόμενο πρόσωπο |
| | Παιδιά που είναι εμπιστευμένα στη φροντίδα και παρακολούθηση των Υπηρεσιών Κοινωνικής Ευημερίας | <input type="checkbox"/> Σχετική Βεβαίωση από τις Υπηρεσίες Κοινωνικής Ευημερίας |

Όνοματεπώνυμο Αιτητή: _____

Ημερομηνία: ____ / ____ / ____ Υπογραφή: _____

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Εγώ ο/η κάτωθι υποφαινόμενος/η με αριθμό δελτίου ταυτότητας/ARC (ΔΕΑ)..... δηλώνω ότι αναλαμβάνω να υπογράψω προς όφελος και για λογαριασμό του/της με αριθμό δελτίου ταυτότητας/ARC (ΔΕΑ)(Σχέση-Ιδιότητα).....

Όλες οι πληροφορίες που έχω υποβάλει στον Οργανισμό Ασφάλιση Υγείας, συμπεριλαμβανομένων των πιο πάνω, είναι ορθές, πλήρεις και αληθείς και αποδέχομαι να παρέχω οποιαδήποτε περαιτέρω πληροφορία μου ζητηθεί από τον Οργανισμό για τους πιο πάνω σκοπούς.

Καταλαβαίνω ότι ψευδείς ή ανακριβείς δηλώσεις συνιστούν ποινικό αδίκημα και μπορεί να ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα εναντίον μου.

Σημειώνεται ότι ο Οργανισμός δύναται να επαληθεύσει, σε συνεργασία με άλλες αρμόδιες αρχές της Δημοκρατίας και σε συνεργασία με τα αδειοδοτημένα πιστωτικά ιδρύματα, όσα από τα στοιχεία που περιέχονται στην αίτηση κρίνει απαραίτητο.

Όνοματεπώνυμο: _____

Ημερομηνία: ____/____/____ Υπογραφή: _____

Ο αιτητής πρέπει να υπογράψει την Αίτηση Εξαίρεσης από την Υποχρέωση Καταβολής Συμπληρωμής και να την αποστείλει μαζί με τα αποδεικτικά έγγραφα στην ακόλουθη διεύθυνση:

Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας, Τ.Θ. 26765, 1641 Λευκωσία, Κύπρος

Για σκοπούς επεξεργασίας της παρούσας αίτησης εγγραφής, ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας δυνατόν να ζητήσει επιπρόσθετα έγγραφα που θεωρεί απαραίτητα.

Για οποιοσδήποτε ερωτήσεις ή διευκρινήσεις παρακαλώ επισκεφτείτε την ιστοσελίδα μας www.gesy.org.cy και/ή επικοινωνήστε μαζί μας στο 17000, και για κλήσεις εξωτερικού στο +357 22017000.