

ΑΙΤΗΣΗ

ΓΙΑ ΕΚΤΑΚΤΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΒΟΗΘΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΚΑΛΥΨΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΜΕΣΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ:

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΟΝΟΜΑ:.....

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:.....

Α.Μ.:.....

Α.Μ.Κ.Α.:.....

Α.Φ.Μ.:.....

ΒΑΘΜΟΣ:.....

ΟΠΛΟ/ΣΩΜΑ:.....

ΥΠΗΡΕΣΙΑ / ΜΟΝΑΔΑ:.....

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:

EMAIL:.....

ΤΗΛ. ΣΤΑΘΕΡΟ:.....

ΤΗΛ. ΚΙΝΗΤΟ:.....

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΜΜΕΣΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ΠΟΥ ΑΦΟΡΑ Η ΕΝ ΛΟΓΩ ΑΙΤΗΣΗ:

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΟΝΟΜΑ:.....

Α.Μ.Κ.Α.:.....

Α.Φ.Μ.:.....

ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ/ΤΗΝ ΑΜΕΣΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ/ΝΗ:....

.....

Επισημάνσεις:

α. Η αίτηση με τα επισυναπτόμενα δικαιολογητικά, να υποβάλλονται σε μορφή pdf στο email: elpsx-paroxes@army.gr

β. Σε περίπτωση ύπαρξης απόδειξης ή τιμολογίου από μπλοκ, όλα τα δικαιολογητικά να υποβάλλονται με συστημένη αλληλογραφία.

γ. Η δήλωση περί Απορρήτου και Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων του ΜΤΣ είναι διαθέσιμη στην ηλεκτρονική διεύθυνση <https://mts-portal.gr> καθώς και στις Υπηρεσίες του Ταμείου.

ΠΡΟΣ

ΕΙΔΙΚΟ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΣΤΡΑΤΟΥ ΞΗΡΑΣ
(Κολοκοτρώνη 13, Αθήνα, Τ.Κ. 10562,
email: elpsx-paroxes@army.gr)

1. Παρακαλώ όπως μου χορηγήσετε το δικαιούμενο Έκτακτο Οικονομικό Βοήθημα για Κάλυψη αναγκών Υγείας (άρθρο 11 ΦΕΚ τΒ 354/2024)

2. Συνημμένα υποβάλλω :

α. Ιατρική γνωμάτευση από τον θεράποντα ιατρό στρατιωτικού ή δημόσιου νοσοκομείου, όπου θα αναγράφεται η πάθηση του αιτούντα.

β. Εξοφλητικές αποδείξεις ή τιμολόγια.

3. Δηλώνω υπεύθυνα ότι, δεν έχει υποβληθεί άλλη αίτηση για τη χορήγηση του ανωτέρω βοηθήματος για το ίδιο έμμεσο μέλος από άλλον άμεσα δικαιούχο.

4. Συγκατατίθεμαι για την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων για τους σκοπούς της παρούσας αίτησης.

Αθήνα,/...../20.....

-Ο/-Η-

Αιτών/ούσα