

ΑΙΤΗΣΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ ΑΤΟΜΩΝ

που πάσχουν από:

- Μεσογειακή Αναιμία – Αιμοσφαιρινοπάθεια – Δρεπανοκυτταρική - Μικροδρεπανοκυτταρική Αναιμία
- Αιμορροφιλία Α & Β – Συγγενείς Αιμορραγικές Διαθέσεις
- Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	
ΕΠΩΝΥΜΟ:	ΟΝΟΜΑ:
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ:	ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ:
ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:	ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:
ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:	ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ:
ΑΦΜ:	ΑΜΚΑ:
ΟΔΟΣ – ΑΡ.:	ΠΕΡΙΟΧΗ:
T.K.:	
ΤΗΛ.:	ΚΙΝΗΤΟ 1:
ΛΟΓ/ΣΜΟΣ IBAN:	ΚΙΝΗΤΟ 2:
ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΣ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ (ΟΝΟΜ/ΜΟ):	

Υποβάλλω τα προβλεπόμενα δικαιολογητικά και παρακαλώ για:

1. τη χορήγηση (νέος δικαιούχος).
2. τη συνέχιση ή επανεπιδότηση (παλαιός δικαιούχος) (Αρ. Μητρ.:).
3. τη διακοπή (λόγω θανάτου – συνταξιοδότησης - εύρεσης εργασίας – μεταφοράς φακέλου σε άλλο πρόγραμμα - εισαγωγής σε ίδρυμα κλπ) (Αρ. Μητρώου:.....).
4. τη διακοπή λόγω μετοίκησης (αλλαγή κατοικίας - χωρικής αρμοδιότητας) (Αρ. Μητρ.:).
5. την αλλαγή προσωπικών δεδομένων (αλλαγή Α.Δ.Τ. - διεύθυνσης – IBAN – διόρθωση απόφασης ΚΕΠΑ, κλπ) (Αρ. Μητρ.:).

Αργυρούπολη, / /

Ο/Η Αιτ.....

.....
(υπογραφή)