

# ΑΙΤΗΣΗ

«Περί χορήγησης εφάπαξ οικονομικής ενίσχυσης του Ν.826/78, όπως τροποποιήθηκε με το άρθρο 15 του Ν.1539/85, καθώς και το άρθρο 137 του Ν.4483/2017»

# Π Ρ Ο Σ

**Τ.Ε.Α.Π.Α.Σ.Α.**  
**Α΄ Τμήμα Παροχών**  
**Τομέας Πρόνοιας Αστυνομικών**  
**(τ. Ελλ. Χωροφυλακής)**  
Βερανζέρου αρ. 48  
104 38 ΑΘΗΝΑ

## ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

**Α.Γ.Μ. :** .....

**Βαθμός:** .....

**ΕΠΩΝΥΜΟ:** .....

**Όνομα:**.....

**Πατρώνυμο:**.....

**Α.Μ.Κ.Α :** .....

**Α.Φ.Μ. :** .....

### Δ/νση κατοικίας:

**(Οδός).....αριθ. ....**

**(Πόλη/Χωριό) : .....**

**Τ.Κ.: .....**

**Τηλέφωνα: .....**

### Υπηρεσία :

.....

.....

Παρακαλώ όπως μου χορηγήσετε την εφάπαξ οικονομική ενίσχυση του Ν.826/78, όπως τροποποιήθηκε με το άρθρο 15 του Ν.1539/85, καθώς και το άρθρο 137 του Ν.4483/2017, διότι αντιμετωπίζω ιδιαίτερα σοβαρές οικονομικές δυσχέρειες, συνεπεία:

**Θανάτου** του/της ..... (συζύγου, υιού/κόρης) ..... (βαθμός) ..... (ΑΓΜΣ) ..... (ΟΝΟΜ/ΜΟ).

**Ανικανότητας** λόγω τραυματισμού ή πάθησης που επήλθε **κατά την Υπηρεσία,**

**Βαρείας νόσου** του/της ..... , για τη θεραπεία της οποίας απαιτούνται πρόσθετες δαπάνες, που δεν καλύπτονται από τους ασφαλιστικούς φορείς.

**Θεομηνίας** ή άλλου σοβαρού ατυχήματος.

.....  
(τόπος)

.....  
(ημερομηνία)

..... **ΑΙΤ**.....

## ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

- Αντίγραφο Φύλλου Μητρώου (Α΄ Μέρος-Στρατολογικές Μεταβολές).
- Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.
- Αντίγραφο Φορολογικής Δήλωσης ή Εκκαθαριστικού της Δ.Ο.Υ..
- Αναλυτικό σημείωμα αποδοχών.
- Γνωμάτευση της Δ/νσης Υγειονομικού του Αρχηγείου Ελλην. Αστυν. ή άλλου Κρατικού Νοσοκομείου με ιστορικό της ασθένειας ή εγκριτική απόφαση του Υπουργείου Υγείας για μετάβαση στην αλλοδαπή (αφορά μόνο τις περιπτώσεις μετάβασης στην αλλοδαπή).
- Απιολογημένη Γνωμάτευση της α/βάθμιας Υγειονομικής Επιτροπής της οικείας Νομαρχίας ή της ΑΣΥΕ που να προκύπτει το ποσοστό ανικανότητας του μετόχου.
- Ιατρική βεβαίωση Κρατικού Νοσοκομείου ή Ειδικού Νοσηλευτικού Ιδρύματος ή ιδιώτη ιατρού που να προκύπτει σαφώς η πάθηση του δικαιούχου ή μέλους της οικογένειάς του.
- Αποδεικτικά έγγραφα πρόσθετων δαπανών και υπεύθυνη δήλωση του αιτούντος ότι αυτά δεν καλύφθηκαν από άλλους ασφαλιστικούς φορείς, εξαιρουμένων των περιπτώσεων σοβαρής ασθένειας (δυσίατα νοσήματα), ιδίου ασφαλισμένου ή μελών οικογενείας του, σύμφωνα με την υπ' αριθ. Υ1/Γ.Π./οικ. 16884 Υπουργική Απόφαση του Υπουργού Υγείας (ΦΕΚ 1386/22-10-2001).
- Σε περίπτωση θεομηνιών ή άλλων σοβαρών ατυχημάτων που θα έχουν σαν αποτέλεσμα να περιέλθουν μέτοχοι του Ταμείου σε δυσχερή οικονομική θέση, η αρμόδια Δ/νση Αστυνομίας της πληττόμενης περιοχής θα υποβάλλει στο Ταμείο εμπειριστατωμένη έκθεση από την οποία να προκύπτει με κάθε λεπτομέρεια το επί συμβάν γεγονός, τα πρόσωπα που επλήγησαν και αν αυτά έχουν ανάγκη αυτής της ενίσχυσης.
- Ληξιαρχική Πράξη θανάτου, όταν συντρέχει περίπτωση.
- Αντίγραφο Πορίσματος Ε.Δ.Ε. ή Π.Δ.Ε. ή βεβαίωση της Υπηρεσίας, από την οποία να προκύπτει ότι ο τραυματισμός ή ο θάνατος αντίστοιχα, προήλθε σε διατεταγμένη υπηρεσία.
- Κάθε άλλο δικαιολογητικό που κατά τη γνώμη του Διοικητικού Συμβουλίου κρίνεται αναγκαίο για την τεκμηρίωση της αποφάσεώς του.

Η αίτηση ενεργοποιείται, αφού περιέλθουν στο Ταμείο όλα τα δικαιολογητικά.