

ΑΙΤΗΣΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Α.Μ ΚΕΠΑ		ΚΕ.Π.Α ⁽¹⁾		
Ημερομηνία: / /				
Κατηγορία Αιτήματος	1)	2)	3) Σχόλια:	
Ημερ/νία Κατάθ. Αίτησης στον Φορέα: ... / ... / 201.. ^(*)		Ημ/νία Λήξης Παροχής (παρατάσεις) ... / ... / 201.. ^(*)		
ΑΜΚΑ:	ΑΦΜ:	ΔΟΥ:		
Φορέας Ασφάλισης: ^(*)		Αριθμός Μητρώου Φορέα: ^(*)		
Επώνυμο:		Όνομα:		
Πατρώνυμο:		Μητρώνυμο:		
Ημ/νία Γέννησης: .. / .. /	☎	Κινητό:		
Αρ. Ταυτότητας ή Διαβατηρίου:		Ημ/νία Έκδοσης: ... / ... /		
Εκδούσα Αρχή:		Υπηκοότητα:		
Δ/ση Κατοικίας:				
Οδός:		Αριθ.	Πόλη: Τ.Κ	
Τελευταίο Επάγγελμα / Ειδικότητα:				
Οικογενειακή Κατάσταση (σημειώστε με X)	Άγαμος/η	<input type="checkbox"/>	Σχέση με Φορέα Ασφάλισης (σημειώστε με X)	
	Έγγαμος/η	<input type="checkbox"/>		
	Χήρος/α	<input type="checkbox"/>		
	Διαζευγμένος/η	<input type="checkbox"/>		
Επίπεδο Σπουδών: (σημειώστε με X)	Υποχρεωτική	<input type="checkbox"/>	Μέση	<input type="checkbox"/>
	Ανώτερη	<input type="checkbox"/>	Ανώτατη	<input type="checkbox"/>
	ΙΕΚ		<input type="checkbox"/>	
	Άμεση: <input type="checkbox"/>			
	Εμμεση: <input type="checkbox"/>			
Ανασφάλιστος: <input type="checkbox"/>				
ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ ^(*)				
ΠΕΡΙΟΧΗ ΕΞΕΤΑΣΗΣ:		ΚΕ.Π.Α ⁽²⁾		
<small>(Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία)</small>				
Διεύθυνση Εξέτασης:				
Υπογραφή Εξεταζομένου:				
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ Φυσικό Πρόσωπο <input type="checkbox"/> Δικηγόρος <input type="checkbox"/> (Σημειώστε με X)				
Επώνυμο:		Όνομα:		
Τηλέφωνο:		Αρ. Ταυτότητας/Διαβατηρίου:		
Αρ. Πληρεξουσίου / Επιτροπικού:		Λήξη:		
Υπογραφή Εκπροσώπου:				
<small>^(*) Το πεδίο συμπληρώνεται εφόσον απαιτείται</small>				
Συνημμένα:				

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

(συμπληρώνεται από τον αιτούντα ή τον εκπρόσωπό του)

ΑΜ ΚΕ.Π.Α. : Δε συμπληρώνεται το πεδίο αν υποβάλλεται για πρώτη φορά αίτηση σε ΚΕ.Π.Α. Μετά την υποβολή της αίτησης και της ηλεκτρονικής καταχώρησής της από την υπηρεσία, αποδίδεται κωδικός ΚΕ.Π.Α. ο οποίος θα πρέπει να αναγράφεται στις επόμενες αιτήσεις.

ΚΕ.Π.Α. (1): Συμπληρώνεται το σημείο ΚΕ.Π.Α. που υποβάλλεται η Αίτηση Αξιολόγησης (**συνημμένος πίνακας σημείων ΚΕ.Π.Α.**).

Ημερομηνία: Συμπληρώνεται η ημερομηνία υποβολής της Αίτησης Αξιολόγησης Αναπηρίας.

Κατηγορία Αιτήματος: Συμπληρώνεται με κωδικό η αιτία για την οποία υποβάλλεται η αίτηση αξιολόγησης. Στα αντίστοιχα πεδία σημειώνονται μέχρι τρεις κωδικοί θεμάτων. (**συνημμένος πίνακας κατηγορίας αιτημάτων**). Τυχόν επιπλέον κωδικός θέματος σημειώνεται στο πεδίο **Σχόλια**.

Ημερομηνία Κατάθ. Αίτησης στο Φορέα: Συμπληρώνεται **υποχρεωτικά** η ημερ/νία που κατατέθηκε η αίτηση παροχής στο φορέα ασφάλισης (πχ ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, ΟΑΕΕ, ΟΓΑ, κλπ) και η οποία αναφέρεται και επί του παραπεμπτικού του Φορέα Ασφάλισης με το οποίο παραπέμπεται ο ασφαλισμένος στην Υγειονομική Επιτροπή ΚΕ.Π.Α. Εφόσον ο αιτών είναι ανασφάλιστος το πεδίο δε συμπληρώνεται.

Ημ/νία Λήξης Παροχής (παρατάσεις): Συμπληρώνεται **υποχρεωτικά** στην περίπτωση που ο ασφαλισμένος αιτείται παράταση της παροχής, με την τελευταία ημερομηνία παράτασής της (αναγράφεται στην τελευταία απόφαση παροχής). Όταν πρόκειται για παράταση προνοιακού επιδόματος αναγράφεται η ημερομηνία λήξης που αναφέρεται στο τελευταίο απόκομμα πληρωμής.

ΑΜΚΑ, ΑΦΜ, ΔΟΥ: Συμπληρώνονται **υποχρεωτικά**.

Φορέας Ασφάλισης: Συμπληρώνεται **υποχρεωτικά** ο ασφαλιστικός φορέας του αιτούντα. Αν ο αιτών είναι ανασφάλιστος το πεδίο δε συμπληρώνεται.

Αριθμός Μητρώου Φορέα: Συμπληρώνεται **υποχρεωτικά**, αν ο αιτών δεν είναι ανασφάλιστος.

Επώνυμο, Όνομα, Πατρώνυμο, Μητρώνυμο, Ημ/νία γέννησης, Αρ.

Ταυτότητας ή Διαβατηρίου, Ημ/νία Έκδοσης, Εκδούσα Αρχή, Υπηκοότητα: Συμπληρώνονται **υποχρεωτικά**.

Τηλέφωνο και Κινητό: Συμπληρώνονται **υποχρεωτικά**.

Δ/ση Κατοικίας

Οδός, Αριθ., Πόλη, ΤΚ: Συμπληρώνονται **υποχρεωτικά** τα στοιχεία κατοικίας του εξεταζόμενου προσώπου.

ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ (κατ'οίκον): Συμπληρώνεται **ΝΑΙ** εφόσον το περιστατικό απαιτεί εξέταση κατ'οίκον.

ΠΕΡΙΟΧΗ ΕΞΕΤΑΣΗΣ: Αν το περιστατικό απαιτεί εξέταση κατ'οίκον συμπληρώνεται **υποχρεωτικά** η περιοχή εξέτασης και αναλυτικά η διεύθυνση εξέτασης που βρίσκεται το κατ'οίκον περιστατικό καθώς και η ονομασία του Νοσοκομείου ή του Ιδρύματος αν νοσηλεύεται.

ΚΕ.Π.Α(2): Συμπληρώνεται το σημείο ΚΕ.Π.Α. της περιοχής που υπάγεται το κατ'οίκον περιστατικό. (**συμπληρώνεται από την υπηρεσία**).

Τα υπόλοιπα πεδία συμπληρώνονται σύμφωνα με τα οριζόμενα υποχρεωτικά

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ

Συμπληρώνονται τα πεδία με τα στοιχεία του νομίμου Εκπροσώπου εφόσον η κατάθεση της αίτησης γίνεται μέσω αυτού.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΑΙΤΗΜΑΤΩΝ
A.ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ (ΣΥΝΤΑΞΕΙΣ)

001 ΣΥΝΤΑΞΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
009 ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
038 ΣΥΝΤΑΞΗ ΓΗΡΑΤΟΣ (ΕΙΔΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ)
039 ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΓΗΡΑΤΟΣ (ΕΙΔΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ)
040 ΣΥΝΤΑΞΗ ΘΑΝΑΤΟΥ
041 ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΘΑΝΑΤΟΥ
006 ΕΠΙΔΟΜΑ ΑΠΟΛΥΤΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
011 ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΕΠΙΔΟΜ. ΑΠΟΛ. ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
007 ΕΠΙΔΟΜΑ ΠΑΡΑΤΕΤΡΑΠΛΗΓΙΑΣ
008 ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΕΠΙΔ. ΠΑΡΑΤΕΤΡΑΠΛΗΓΙΑΣ
002 ΕΠΙΔΟΜΑ ΑΕΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ
012 ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΕΠΙΔ. ΑΕΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ
015 ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΥ ΕΠΙΤΡΟΠΟΥ (ΕΚΗ)
016 ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΕΠΙΤΡ. ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΥ ΕΠΙΤΡΟΠΟΥ (ΕΚΗ)
036 ΠΡΟΣΑΥΞΗΣΗ ΜΕΛΟΥΣ
037 ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΠΡΟΣΑΥΞΗΣΗΣ ΜΕΛΟΥΣ

B.ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ (ΠΡΟΝΟΙΑ)

026 ΕΠΙΔΟΜΑ ΧΑΝΣΕΝΙΚΩΝ
027 ΕΠΙΔΟΜΑ ΠΑΡΑΠΛΗΓΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΟΥ
028 ΕΠΙΔΟΜΑ ΑΝΑΣΦΑΛ. ΠΑΡΑΠΛΗΓΙΚΩΝ
029 ΕΠΙΔΟΜΑ ΤΥΦΛΟΤΗΤΑΣ
030 ΕΠΙΔΟΜΑ ΚΩΦΑΛΛΩΝ
031 ΕΠΙΔΟΜΑ ΣΠΑΣΤΙΚΩΝ
032 ΕΠΙΔΟΜΑ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΥΣΤΕΡΗΣΗΣ
033 ΕΠΙΔΟΜΑ ΚΙΝΗΣΗΣ
034 ΟΙΚΟΝ. ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΑΜΕΑ Β. ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
035 ΕΠΙΔΟΜΑ ΑΙΜΟΛΥΤΙΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ
042 ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ ΧΑΝΣΕΝΙΚΩΝ
043 ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ ΠΑΡΑΠΛΗΓΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΟΥ
044 ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ ΠΑΡΑΠΛΗΓΙΚΩΝ
045 ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ ΤΥΦΛΟΤΗΤΑΣ
046 ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ ΚΩΦΑΛΛΩΝ
047 ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ ΣΠΑΣΤΙΚΩΝ
048 ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΥΣΤΕΡΗΣΗΣ
049 ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
050 ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΟΙΚΟΝ. ΕΝΙΣΧΥΣΗΣ ΑΜΕΑ Β. ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
051 ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ ΑΙΜΟΛΥΤΙΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ

Γ.ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ (ΛΟΙΠΑ ΑΙΤΗΜΑΤΑ)

004 ΑΙΤΗΜΑ ΓΙΑ ΕΦΟΡΙΑ
013 ΑΙΤΗΜΑ ΓΙΑ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ
014 ΑΙΤΗΜΑ ΓΙΑ ΑΤΕΛΕΙΑ ΑΥΤΟΚ/ΤΟΥΔΕΛΤΙΟ ΣΤΑΘΕΥΣΗΣ κ.λ.π.
017 ΧΡΗΣΗ ΣΕ ΔΕΚΟ
018 ΛΟΙΠΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ
ΣΗΜΕΙΩΣΗ:ΓΙΑ ΤΑ ΘΕΜΑΤΑ ΤΗΣ Α .ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΦΟΡΕΑ,
ΕΝΩ ΓΙΑ ΤΑ ΘΕΜΑΤΑ ΤΩΝ Β,Γ ΚΑΤΗΓΟΡΙΩΝ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΠΑΡΑΒΟΛΟ ΑΞΙΑΣ 46,14
ΕΥΡΩ.