



**ΙΔΡΥΜΑ ΜΕΡΙΜΝΑΣ & ΑΡΙΣΤΕΙΑΣ
ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΑΣΤΥΝΟΜΙΑΣ
Ν.Π.Δ.Δ.**

ΕΙΔΙΚΟΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΣ ΑΡΩΓΗΣ
Π. ΚΑΝΕΛΛΟΠΟΥΛΟΥ 4 Τ.Κ. 10177 – ΑΘΗΝΑ
email: idryma.eksoxes@astynomia.gr

ΤΗΛ.: 2131520711, 2131520712 & 2131520672

POL.: 1011310. 1011320 & 1087672

A.M.Y. POL: 42820

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ : 2

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ή ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟ ΜΕΤΟΧΟΥ ή ΜΕΛΟΥΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

1. Αίτηση (**ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 1**)
2. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης (**τελευταίου τριμήνου**)
3. Φωτοαντίγραφο φορολογικής δήλωσης (**Ε1 τελευταίου έτους** – Σε περίπτωση ξεχωριστής δήλωσης συζύγων / συμβίων, να προσκομίζονται φ/φα και των δύο)
4. Γνωμάτευση – Ενημερωτικό Σημείωμα του θεράποντα Ιατρού με το ιστορικό του ασθένειας (νοσηλείες, χειρουργικές επεμβάσεις, φαρμακευτική αγωγή, πορεία εξέλιξης νόσου, κλπ) καθώς και κάθε άλλο έγγραφο για την νοσηλεία του (π.χ εξιτήριο).
5. Υπεύθυνη Δήλωση στην οποία ο αιτών να δηλώνει: (**ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 3**)
 - α) Παρέχω ρητώς τη συγκατάθεσή μου, για την επεξεργασία των προσωπικών και ειδικών (ευαίσθητων) δεδομένων μου, αποκλειστικά για το συγκεκριμένο σκοπό που αιτούμαι στο από .../.../202... Αίτημα μου και μόνο από το εξουσιοδοτημένο προς τούτο προσωπικό του Ιδρύματος Μέριμνας και Αριστείας Ελληνικής Αστυνομίας.
 - β) Όλα τα φωτοαντίγραφα είναι γνήσια εκ των πρωτοτύπων που κατέχω.
 - γ) Δηλώνω ότι (**υπάρχει ή δεν υπάρχει**) Ιδιωτική Ασφάλεια υγείας για το σκοπό που αιτούμαι την οικονομική ενίσχυση.
 - δ) Οι Πρωτότυπες αποδείξεις που έχω προσκομίσει με το ως άνω αίτημά μου, ανέρχονται στο ποσό των€, αφορούν αποκλειστικά και μόνο το νόσημα για το οποίο αιτούμαι οικονομικής ενίσχυσης και δεν έχουν καλυφθεί από κανένα Δημόσιο ή Ιδιωτικό Ασφαλιστικό Φορέα.
(**Στην υπεύθυνη δήλωση απαιτείται επικύρωση του γνησίου υπογραφής.**)
6. Όταν υπάρχει Ιδιωτική Ασφάλεια, να υποβάλλεται βεβαίωση της Ασφαλιστικής Εταιρείας ως προς το χρηματικό ποσό που έχει καλύψει σχετικά με την ασθένεια ή τον τραυματισμό, ακόμα και σε αρνητική περίπτωση.
7. Σε περίπτωση που το αίτημα αφορά ενήλικο μέλος Μετόχου υποβάλλεται **Υπεύθυνη Δήλωση** του μέλους στην οποία δηλώνει ότι: Παρέχει ρητώς τη συγκατάθεσή του, για την επεξεργασία των προσωπικών και ειδικών (ευαίσθητων) δεδομένων του, αποκλειστικά για το συγκεκριμένο σκοπό που κατατέθηκε το Αίτημα και μόνο από το εξουσιοδοτημένο προς τούτο προσωπικό του Ιδρύματος Μέριμνας και Αριστείας Ελληνικής Αστυνομίας. (**ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 4**) (**Επικυρωμένο το γνήσιο της υπογραφής**)

8. **Πρωτότυπες Αποδείξεις** ιατρικών δαπανών σχετικές με την ασθένεια – τραυματισμό οι οποίες φέρουν σφραγίδα και υπογραφή του εκδότη.
9. Σε περίπτωση κατάθεσης των Πρωτότυπων αποδείξεων σε άλλο Ασφαλιστικό Φορέα να προσκομίζεται Βεβαίωση του εν λόγω Φορέα, στην οποία να εμφανίζεται το συνολικό χρηματικό ποσό των αποδείξεων που κατατέθηκαν καθώς και το χρηματικό ποσό που τυχόν καταβλήθηκε ως αποζημίωση.
10. Σε περίπτωση εξωσωματικής γονιμοποίησης, να υποβάλλεται Ιατρική Βεβαίωση που να εμφανίζεται: ακριβής ημερομηνία ωοληψίας - εμβρυομεταφοράς, σφραγίδα - υπογραφή κέντρου και υπεύθυνου γιατρού, καθώς και βεβαίωση από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. για το χρηματικό ποσό που καταβλήθηκε ως αποζημίωση.
11. Για ιατρικές δαπάνες που καλύπτονται εν μέρει ή στο σύνολό τους από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (εργοθεραπείες, λογοθεραπείες, φυσικοθεραπείες κλπ), απαιτείται προσκόμιση εγγράφου (εκκαθάριση) του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., στο οποίο να εμφανίζεται το χρηματικό ποσό επιβάρυνσης του αιτούντα για το χρονικό διάστημα που υποβάλλεται το αίτημα. Στις περιπτώσεις πρόσθετων συνεδριών, για τις οποίες υποβάλλονται πρωτότυπες αποδείξεις, απαιτείται **γνωμάτευση** θεράποντα Ιατρού στην οποία βεβαιώνεται η αναγκαιότητα αυτών.
12. **Φαρμακευτικές δαπάνες** που δικαιολογούνται:
- α) Για σκευάσματα που καλύπτονται εν μέρει από τον ΕΟΠΥΥ απαιτείται η απόδειξη να συνοδεύεται από το παραστατικό συνταγογράφησης.
 - β) Οι ασφαλισμένοι στο Ταμείο της τέως Αστυνομίας Πόλεων προσκομίζουν Βεβαίωση με το ποσό που τους χορηγήθηκε από το Ταμείο.
 - γ) Οι Αποδείξεις από μη συνταγογραφούμενα σκευάσματα, θα φέρουν τα στοιχεία του ασθενούς (παθόντα) και θα συνοδεύονται από Ιατρική Γνωμάτευση.
(Αποδείξεις ταμειακής χωρίς στοιχεία του αιτούντα δεν θα γίνονται αποδεκτές)
13. Γνωστοποίηση ποσοστού αναπηρίας εφ' όσον υπάρχει από αρμόδια επιτροπή (π.χ Κ.Ε.Π.Α.).
14. Βεβαίωση της Υπηρεσίας για το χρονικό διάστημα απουσίας από τα Υπηρεσιακά καθήκοντα, συνεπεία της ασθενείας ή του τραυματισμού.
15. Συνθήκες τραυματισμού, καθώς και τη σχέση του τραυματισμού του με την Υπηρεσία (Απόφαση Διευθυντή επί πορίσματος Ε.Δ.Ε./Π.Δ.Ε.).
16. Φωτοαντίγραφο βιβλιαρίου ALPHA BANK του / της δικαιούχου. Εάν δεν υπάρχει λογαριασμός ALPHA BANK να υποβάλλεται φωτοαντίγραφο λογαριασμού οποιασδήποτε άλλης τράπεζας. Σε κάθε περίπτωση πρώτο όνομα στον Λογαριασμό θα είναι ο / η Δικαιούχος – Μέτοχος, της οικονομικής ενίσχυσης.

(Σημείωση οι ενδιαφερόμενοι προς διευκόλυνση τους μπορεί να επισκέπτονται την Ιστοσελίδα του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και με τους κωδικούς TAXISNET να εισέρχονται στον «Ατομικό Φάκελο Υγείας» και να εκτυπώνουν Ιατρικές Γνωματεύσεις, Νοσηλείες, Συνταγογραφήσεις και λοιπές πράξεις)