



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΔΗΛΩΣΗ

Αριθμός μητρώου:.....

Όνοματεπώνυμο:

Με σκοπό τη συμπλήρωση του φακέλου με όλα τα έγγραφα που απαιτούνται για την εκ των προτέρων έγκριση, σας παρακαλούμε να μας γνωστοποιήσετε αν λαμβάνετε συμπληρωματικό οικονομικό βοήθημα από σύστημα ασφάλισης προβλεπόμενης από τον νόμο και/ή από σύστημα υποχρεωτικής ή ιδιωτικής ασφάλισης. Εάν λαμβάνετε τέτοιο βοήθημα, σας παρακαλούμε να δηλώσετε παρακάτω το ποσό που λαμβάνετε και να μας ξαναστείτε την παρούσα επιστολή, δεόντως συμπληρωμένη.

Σας ενημερώνουμε ότι αν δεν λάβουμε το παρόν έντυπο δεόντως συμπληρωμένο και υπογεγραμμένο, η αίτησή σας για εκ των προτέρων έγκριση δεν θα εξεταστεί και θα σας επιστραφεί.

Συμπληρωματικό οικονομικό βοήθημα

ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΣ - Ονοματεπώνυμο :

- Αποκλειστικός νοσηλευτής

- Οίκος ευγηρίας ή περίθαλψης

- Άλλο :

- οργανισμός :.....

- ποσό Χώρα Νόμισμα

Δεν λαμβάνω συμπληρωματικό οικονομικό βοήθημα

Ημερομηνία :

Υπογραφή:

.....

➤ **Να διαβιβαστεί στο γραφείο εκκαθάρισης στο οποίο υπάγεστε**

Προσωπικό της Επιτροπής, Εκτελεστικοί οργανισμοί:

http://myintracomm.ec.europa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/sources/Pages/index.aspx

Αντιπροσωπείες, Υπηρεσία Εκδόσεων, προσωπικό που έχει συνταξιοδοτηθεί, αποσπαστεί ή βρίσκεται σε άδεια για προσωπικούς λόγους:

https://myintracomm-ext.ec.europa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/index.aspx

Άλλα θεσμικά όργανα της ΕΕ και άλλοι οργανισμοί : http://myintracomm.ec.europa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/index.aspx.

