

1. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

ΠΕΡΙ ΠΑΡΑΤΑΣΗΣ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΩΝ ΛΟΓΩ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
(αρθρ. 9 ν. 4331/2015)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8, παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :							
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:	TK:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (E-mail):			

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (3), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

- Επιθυμώ παράταση της καταβολής της σύνταξης λόγω αναπηρίας/γήρατος ν. 612/1977/θανάτου/επιδόματος απολύτου αναπηρίας/εξωιδρυματικού επιδόματος, για 6 μήνες βάσει άρθρου 9 ν. 4331/2015.

- Έχω υποβάλει στην Υγειονομική επιτροπή ΚΕ.Π.Α. αίτηση /ένσταση για εξέταση με αρ.πρωτ..... και ως σήμερα εκκρεμεί η ιατρική κρίση χωρίς υπαιτιότητα μου.

- Οφείλω να προσκομίσω στον Ο.Α.Ε.Ε. την οριστική γνωμάτευση της Υγειονομικής Επιτροπής ΚΕ.Π.Α. άμεσα μόλις την παραλάβω.

- Ενημερώθηκα ότι εάν μετά την οριστική κρίση των Υγειονομικών Επιτροπών δεν δικαιωθώ την παροχή, οι αχρεωστήτως καταβληθείσες παροχές συντάξεων και περίθαλψης θα μου αναζητηθούν άτοκα, δια συμψηφισμού, με μηνιαία παρακράτηση 20% επί των τυχόν χορηγούμενων συνταξιοδοτικών παροχών.

- Στην περίπτωση που δεν χορηγούνται συνταξιοδοτικές παροχές, οι αχρεωστήτως καταβληθείσες παροχές θα αναζητηθούν σύμφωνα με τις διατάξεις του ΚΕΔΕ.

Ημερομηνία:/...../20....

Ο – Η Δηλών

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ**

.....,/...../.....

Ο.Α.Ε.Ε. **Οργανισμός
Ασφάλισης
Ελευθέρων
Επαγγελματιών**

**ΠΕΡ/ΚΗ Δ/ΝΣΗ
ΤΜΗΜΑ ΣΥΝΤΑΞΕΩΝ**

**ΠΡΟΣ:
ΤΜΗΜΑ ΕΚΚΑΘΑΡΙΣΗΣ ΣΥΝΤΑΞΕΩΝ**

Ταχ. Δ/νση :
Πληρ. :
Τηλέφωνο :
fax :
e-mail :

ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

ΠΕΡΙ ΠΑΡΑΤΑΣΗΣ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΩΝ ΛΟΓΩ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
(αρθρ. 9 ν. 4331/2015)

Λαμβάνοντας υπόψη:

1. Την αρ. πρωτ. υπεύθυνη δήλωση - αίτηση του συνταξιούχου
Ε.Α.Μ., Α.Μ.Σ., με την οποία ζητά παράταση της σύνταξης / του επιδόματος και τα προσκομισθέντα στοιχεία από τα οποία προκύπτει ότι εκκρεμεί στις υγειονομικές επιτροπές ΚΕ.Π.Α. ιατρική κρίση χωρίς υπαιτιότητά του.
2. Την αρ. Απόφαση με την οποία χορηγήθηκε – παρατάθηκε η σύνταξη/το επίδομα από έως ύστερα από κρίση της αρμόδιας υγειονομικής επιτροπής.

Παρατείνουμε την σύνταξη λόγω ή το επίδομα του ανωτέρω, για το διάστημα από έως κατά το ποσό που ελάμβανε πριν τη λήξη του συνταξιοδοτικού του δικαιώματος.

Ο ΠΡ/ΝΟΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΣΥΝΤΑΞΕΩΝ