



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Ο.Α.Ε.Ε.

Οργανισμός

Ασφάλισης

Ελευθέρων

Επαγγελματιών

....., / /20

ΠΕΡ/ΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ

ΤΜΗΜΑ ΣΥΝΤΑΞΕΩΝ

ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ :

ΠΛΗΡ. :

ΤΗΛ :

ΦΑΞ :

ΠΡΟΣ

ΤΜΗΜΑ ΕΚΚΑΘΑΡΙΣΗΣ ΣΥΝΤΑΞΕΩΝ

.....

.....

ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Λαμβάνοντας υπόψη:

1. Την αρ. πρωτ. αίτηση του συνταξιούχου λόγω αναπηρίας ή δικαιούχου εξωιδρυματικού επιδόματος
Ε.Α.Μ., Α.Μ.Σ., με την οποία ζητά παράταση της σύνταξής του βάσει διατάξεων αρθρ. 66 ν. 4144/2013 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 του από έως αφού κρίθηκε με ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω.

Παρατείνουμε την σύνταξη λόγω αναπηρίας ή το εξωιδρυματικό 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



ΑΙΤΗΣΗ - ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

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.Α.Ε.Ε.						
	Α.Μ.Σ.:			Α.Μ.Κ.Α.:			
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 (Email):			

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 για 6 μήνες βάσει άρθρου 6 Ν.4144/2013.
- Έχω υποβάλει στην Υγειονομική επιτροπή ΚΕ.Π.Α..... αίτηση 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 κριθεί ότι φέρω συντάξιμο ποσοστό αναπηρίας μικρότερο από 67%, 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: / /

Ο – Η Δηλ.

(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.