



## ΑΙΤΗΣΗ ΕΞΑΙΡΕΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΟΧΡΕΩΣΗ ΚΑΤΑΒΟΛΗΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΗΣ

### Α. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ

Όνοματεπώνυμο: \_\_\_\_\_

Αρ. Δελτίου Ταυτότητας/ Δελτίο Εγγραφής Αλλοδαπού (διαγράψτε ότι δεν ισχύει): \_\_\_\_\_

Ημ. Γέννησης: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### Β. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΞΑΙΡΕΣΗΣ :

Επιλέξτε (✓) κατηγορία	Κατηγορίες Εξαίρεσης	Αποδεικτικά στοιχεία που υποβάλλονται με την παρούσα αίτηση
	Ανάπηροι αγώνων που λαμβάνουν χορηγήματα από το Ταμείο Ανακούφισης Παθόντων ή άλλο ταμείο που δημιουργήθηκε με βάση τους εκάστοτε ισχύοντες Νόμους ή Κανονισμούς	<input type="checkbox"/> Κάρτα Νοσηλείας η οποία εκδίδεται από την Επιτροπή Ανακουφίσεως Παθόντων
	Εξαρτώμενοι αγνοουμένων, αναπήρων αγώνων ή πεσόντων	
	Άτομα που κατέχουν ταυτότητα νοσηλείας η οποία εκδόθηκε από την Επιτροπή Ανακούφισης Παθόντων	
	Αιχμάλωτοι πολέμου του 1974 και οι εξαρτώμενοι τους	<input type="checkbox"/> Σχετική Βεβαίωση από τον Ερυθρό Σταυρό ή <input type="checkbox"/> Σχετική Βεβαίωση από το Σύνδεσμο Αιχμαλώτων Κύπρου
	Ασθενείς που πάσχουν από σοβαρή ψυχική διαταραχή, σύμφωνα με τις διατάξεις του περί Ψυχιατρικής Νοσηλείας Νόμου, περιλαμβανομένων και των ασθενών που λαμβάνουν αντιψυχωσικά φάρμακα με διάγνωση τη σχιζοφρένεια	<input type="checkbox"/> Σχετική Βεβαίωση από Κρατικό Ψυχίατρο
	Άτομα με νοητική αναπηρία, σύμφωνα με τις διατάξεις του περί Ατόμων με Νοητική Αναπηρία Νόμου	<input type="checkbox"/> Σχετική βεβαίωση από τον θεράπων ιατρό ή <input type="checkbox"/> Σχετική βεβαίωση από την Επιτροπή Προστασίας Νοητικά Καθυστερημένων Ατόμων
	Ένοικοι ιδρυμάτων για παιδιά με ειδικές ανάγκες	<input type="checkbox"/> Σχετική Βεβαίωση από το ίδρυμα στο οποίο διαμένει το ενδιαφερόμενο πρόσωπο
	Παιδιά που είναι εμπιστευμένα στη φροντίδα και παρακολούθηση των Υπηρεσιών Κοινωνικής Ευημερίας	<input type="checkbox"/> Σχετική Βεβαίωση από τις Υπηρεσίες Κοινωνικής Ευημερίας

Όνοματεπώνυμο Αιτητή: \_\_\_\_\_

Ημερομηνία: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Υπογραφή: \_\_\_\_\_

Ο αιτητής πρέπει να υπογράψει την Αίτηση Εξαίρεσης από την Υποχρέωση Καταβολής Συμπληρωμής και να την αποστείλει μαζί με τα αποδεικτικά έγγραφα στην ακόλουθη διεύθυνση:

**Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας, Τ.Θ. 26765, 1641 Λευκωσία, Κύπρος**

Για σκοπούς επεξεργασίας της παρούσας αίτησης εγγραφής, ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας δυνατόν να ζητήσει επιπρόσθετα έγγραφα που θεωρεί απαραίτητα.