

ΑΙΤΗΣΗ
ΓΙΑ ΑΠΟΝΟΜΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ
ΛΟΓΩ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
 (ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕ ΔΥΟ ΑΝΤΙΓΡΑΦΑ)

Η αίτηση αυτή είναι απλή και συμπληρώνεται εύκολα. Όμως, εάν υπάρχουν δυσκολίες, ο αιτών μπορεί να τη συμπληρώσει με τη βοήθεια υπαλλήλου του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ.
 Η αίτηση υποβάλλεται σε οποιοδήποτε Υποκατάστημα ή Παράρτημα του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ από τον αιτούντα ή από νόμιμο εκπρόσωπό του.

ΠΡΟΣ ΤΟ ΙΚΑ-ΕΤΑΜ	* ΑΡ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ/ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	* ΚΕΝΤΡΟ ΠΛΗΡΩΜΗΣ
------------------	------------------------------	-------------------

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ /-ΟΥΣΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ/-ΗΣ (ΚΕΦΑΛΑΙΑ)

ΕΠΩΝΥΜΟ		ΟΝΟΜΑ	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ	ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ	ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ
				/...../.....
*ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ		ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ	ΧΩΡΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΔΗΜΟΤΗΣ	ΑΡ. ΔΗΜΟΤΟΛΟΓΙΟΥ
ΠΑΛΑΙΟΣ	ΝΕΟΣ				
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ					ΤΗΛΕΦΩΝΑ
(Οδός)		(Αριθμός)	(Τ.Κ.)	(Πόλη/Χωριό)	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ/ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ/ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ		ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΙΚΑ-ΕΤΑΜ		Α. Φ. Μ.	Δ.Ο.Υ.

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ:

- Δ1.** Φωτοαντίγραφο **αστυνομικής ταυτότητας**. Για τους Έλληνες της αλλοδαπής, φωτοαντίγραφο **διαβατηρίου**.
Δ2. Για αλλοδαπούς που κατοικούν στην Ελλάδα, **διαβατήριο** και **άδεια παραμονής** σε ισχύ την ημερομηνία κατάθεσης της αίτησης ή βεβαίωση κατάθεσης δικαιολογητικών για έκδοση άδειας παραμονής.
Δ3. Φωτοαντίγραφο πρόσφατου **εκκαθαριστικού σημειώματος Δ.Ο.Υ.**
Δ4. Φωτοτυπία **σελίδας βιβλιαρίου τράπεζας** με τον αριθμό λογαριασμού και το IBAN.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ /-ΟΥΣΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ/-ΗΣ

Π 2.1. Έχετε ασφαλιστεί στην Ελλάδα μόνο στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ; Αν ΝΑΙ, προσκομίστε τα εξής:	ΝΑΙ ΟΧΙ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ: Δ5. Όλα τα παλαιά ασφαλιστικά βιβλιάρια του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ και τα Αποσπάσματα Ατομικού Λογαριασμού Ασφάλισης . Εάν δεν έχουν εκδοθεί τα τελευταία Αποσπάσματα, υποβάλλεται προσωρινή βεβαίωση του εργοδότη για την αντίστοιχη χρονική περίοδο. <input type="checkbox"/> Δ6. Δήλωση του τελευταίου εργοδότη. (ΕΝΤΥΠΟ Σ5). <input type="checkbox"/>	
Π 2.2. Αν είχατε ασφαλιστεί κατά το παρελθόν ή είστε ασφαλισμένος/-η στο Δημόσιο ή σε άλλο φορέα κύριας ασφάλισης στην Ελλάδα, γράψτε παραπλευρώς την υπηρεσία ή το φορέα.	ΦΟΡΕΑΣ 1. 2. 3.
Εάν επιθυμείτε συνυπολογισμό χρόνου ασφάλισης κάποιου φορέα, συμπληρώστε τη διπλανή στήλη.	ΦΟΡΕΑΣ 1. 2. 3.
ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟ: Δ7. Όλα τα σχετικά ασφαλιστικά στοιχεία. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	

* Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία.

Αρ. ΤΥΠ.: 120219041

ΕΚΤΥΠΩΣΗ: ΕΘΝΙΚΟ ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟ

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ/-ΗΣ (ΣΥΝΕΧΕΙΑ)

Π 2.3. Αν είχατε ασφαλιστεί σε χώρα του εξωτερικού, γράψτε τη χώρα. ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟ: Δ8. Συμπληρωμένο το ΕΝΤΥΠΟ Σ8. <input type="checkbox"/>	ΧΩΡΑ	
	1. 2.	
Π 2.4. Αν είχατε ασφαλιστεί σε Ταμείο που συγχωνεύτηκε ή εντάχθηκε στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, γράψτε παραπλεύρως το όνομά του.	ΤΑΜΕΙΟ	
	1. 2.	
Π 2.5. Αν έχετε επιδοτηθεί λόγω ασθένειας από το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ή άλλο Ταμείο κατά την τελευταία δεκαετία, συμπληρώστε το απέναντι πεδίο.	ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑ/ ΤΑΜΕΙΟ	
Π 2.6. Επιδοτηθήκατε λόγω ανεργίας από τον ΟΑΕΔ την τελευταία δεκαετία; Αν ΝΑΙ, προσκομίστε το ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟ: Δ9. Βεβαίωση επιδότησης ανεργίας από τον ΟΑΕΔ. <input type="checkbox"/>	ΝΑΙ	ΟΧΙ
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Π 2.7. Αν έχετε επιδοτηθεί λόγω ασθένειας ή ανεργίας από άλλη χώρα, γράψτε παραπλεύρως τη χώρα και το χρονικό διάστημα.	ΧΩΡΑ	ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ
Π 2.8. Αν έχετε υποβάλει αίτηση για τον προσδιορισμό χρόνου ασφάλισης στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, γράψτε παραπλεύρως τα στοιχεία του πρωτοκόλλου κατάθεσης της αίτησης αυτής και το Υποκατάστημα.	ΑΡ. ΠΡΩΤ.	ΥΠΟΚ/ΜΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. ΣΥΝΤΑΞΕΙΣ

Π 3.1. Αν είχατε υποβάλει αίτηση για συνταξιοδότηση στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ή σε Ταμείο που συγχωνεύτηκε ή εντάχθηκε στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, η οποία απορρίφθηκε, ή πήρατε στο παρελθόν σύνταξη και διακόπηκε, γράψτε παραπλεύρως το αρμόδιο Υποκατάστημα του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ.	ΥΠΟΚ/ΜΑ		
Π 3.2. Αν είστε συνταξιούχος άλλου ελληνικού φορέα κύριας ασφάλισης ή του Δημοσίου ή Συγχωνευθέντος Ταμείου, συμπληρώστε το απέναντι πεδίο.	ΦΟΡΕΑΣ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ (Γήρατος/αναπηρίας/ θανάτου)	ΑΡ. ΑΠΟΦΑΣΗΣ/ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
Π 3.3. Αν έχετε ήδη συνταξιοδοτηθεί από φορέα κύριας ασφάλισης άλλης χώρας, συμπληρώστε το απέναντι πεδίο.	ΧΩΡΑ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ (Γήρατος/αναπηρίας/ θανάτου)	ΑΡ. ΑΠΟΦΑΣΗΣ/ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
Π 3.4. Αν έχετε υποβάλει αίτηση για συνταξιοδότηση σε άλλο φορέα κύριας ασφάλισης ή στο Δημόσιο η οποία εκκρεμεί, συμπληρώστε το απέναντι πεδίο.	ΦΟΡΕΑΣ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ (Γήρατος/αναπηρίας/ θανάτου)	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. ΕΡΓΑΣΙΑΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ (ΚΕΦΑΛΑΙΑ)

Π 4.1. Εξακολουθείτε να εργάζεστε; Αν ΝΑΙ, γράψτε τις καθαρές μηνιαίες αποδοχές σας. ΠΡΟΣΟΧΗ: Επειδή η συνέχιση της εργασίας σας ενδέχεται να επηρεάσει τη συνταξιοδότησή σας, απευθυνθείτε για σχετική ενημέρωσή σας στον αρμόδιο υπάλληλο.	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΜΗΝΙΑΙΕΣ ΑΠΟΔΟΧΕΣ
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Π 4.2. Αν ΔΕΝ εργάζεστε, γράψτε την ειδικότητά σας κατά το χρόνο διακοπής της εργασίας σας.	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ		ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ
Π 4.3. Αναφέρατε παραπλεύρως τις γραμματικές σας γνώσεις.	ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ		
Π 4.4. Αν έχετε επαγγελματικές γνώσεις, γράψτε παραπλεύρως την ειδικότητά σας.	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ		
Π 4.5. Είναι ο εργοδότης σας Ασφαλιστικός Οργανισμός ή ΝΠΔΔ, το μόνιμο προσωπικό του οποίου έχει δικαίωμα επιλογής συνταξιοδότησης με δημοσιouπάλληλικές ή κοινές διατάξεις; Αν ΝΑΙ, να προσκομίσετε από την Υπηρεσία όπου εργαστήκατε τα εξής:	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ: Δ10. Δήλωση προτίμησης (Έντυπο Σ9) σε τρία (3) αντίτυπα. <input type="checkbox"/> Δ11. Πιστοποιητικό Υπηρεσιακών Μεταβολών. <input type="checkbox"/>			
Π 4.6. Έχετε απασχοληθεί ως επαγγελματίας οδηγός ή ως εκπαιδευτής οδηγών αυτοκινήτων; Αν ΝΑΙ, να προσκομίσετε το εξής: ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟ: Δ12. Επαγγελματική άδεια οδήγησης. <input type="checkbox"/> ΠΡΟΣΟΧΗ: Η ημερομηνία κατάθεσης της επαγγελματικής άδειας οδήγησης καθορίζει την ημερομηνία έναρξης της συνταξιοδότησής σας.	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ΠΙΝΑΚΑΣ 5. ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Στις περιπτώσεις που οι ασφαλισμένοι παρουσιάζουν τις ακόλουθες παθήσεις, χορηγείται **πλήρης σύνταξη λόγω γήρατος, με ειδικές προϋποθέσεις**: Τύφλωση, παρα-/τετραπληγία, μεσογειακή/δρεπανοκυτταρική αναιμία, αιμορροφιλία, μεταμόσχευση συμπαγούς οργάνου, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, σκλήρυνση κατά πλάκας, μεταμόσχευση μυελού των οστών, ακρωτηριασμός άκρων, με ποσοστό αναπηρίας τουλάχιστον 67%.

Εάν πάσχετε από μία από τις ανωτέρω αιτίες, σημειώστε παραπλεύρως με **X** την ένδειξη:

ΝΑΙ

ΠΙΝΑΚΑΣ 6. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (ΚΕΦΑΛΑΙΑ)

Συμπληρώστε τις παρακάτω στήλες για τα προστατευόμενα μέλη οικογένειας, εφόσον τα ζητούμενα στοιχεία δεν προκύπτουν από το Δελτίο Αστυνομικής Ταυτότητας ή το Διαβατήριο (για τους Έλληνες της αλλοδαπής ή τους αλλοδαπούς):

Π 6.1. Για σύζυγο που δεν εργάζεται και δεν συνταξιοδοτείται από κανέναν ελληνικό ή ξένο οργανισμό κύριας ασφάλισης ή από το Δημόσιο.

Π 6.2. Για τα άγαμα παιδιά που είναι ανήλικα (κάτω των 18 ετών)

Π 6.3. Για τα άγαμα παιδιά που έχουν συμπληρώσει το 18^ο έτος της ηλικίας τους και μέχρι 24 ετών και σπουδάζουν σε ανώτερες/ανώτατες Σχολές στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό ή σε αναγνωρισμένα ΙΕΚ.

Π 6.4. Για τα παιδιά που έχουν συμπληρώσει το 18^ο έτος της ηλικίας τους και είναι ανίκανα για κάθε βιοποριστική εργασία, εφόσον η ανικανότητά τους επήλθε πριν από τη συμπλήρωση του ανωτέρω ορίου ηλικίας ή του 24^{ου} έτους, εφόσον σπούδαζαν σε ανώτερες/ανώτατες Σχολές στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό ή σε αναγνωρισμένα ΙΕΚ, ή πριν από τη συμπλήρωση του 25^{ου} έτους εάν πάσχουν από νευροψυχιατρική πάθηση.

	ΣΥΖΥΓΟΣ	Α΄ ΠΑΙΔΙ	Β΄ ΠΑΙΔΙ	Γ΄ ΠΑΙΔΙ	Δ΄ ΠΑΙΔΙ	Ε΄ ΠΑΙΔΙ
ΕΠΩΝΥΜΟ						
ΕΠΩΝΥΜΟ ΓΕΝΝΗΣΗΣ						
ΟΝΟΜΑ						
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ						
ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ						
ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ/ ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ						
ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ						
ΔΗΜΟΤΗΣ						
ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΗΜΟΤΟΛΟΓΙΟΥ						
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	.../.../.....	.../.../.....	.../.../.....	.../.../.....	.../.../.....	.../.../.....
ΧΩΡΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ						
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ						
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ						
ΤΗΛΕΦΩΝΟ						
Α.Μ. ΙΚΑ-ΕΤΑΜ*						
Α.Φ.Μ.						
Δ.Ο.Υ.						

* Μόνο για τους ασφαλισμένους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (ΣΥΝΕΧΕΙΑ) / Συμπληρώστε με X το κατάλληλο πεδίο

	ΣΥΖΥΓΟΣ		Α΄ ΠΑΙΔΙ		Β΄ ΠΑΙΔΙ		Γ΄ ΠΑΙΔΙ		Δ΄ ΠΑΙΔΙ		Ε΄ ΠΑΙΔΙ	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΕΡΓΑΖΕΤΑΙ												
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΟΔΟΤΗ												
ΕΠΙΔΟΤΕΙΤΑΙ												
ΣΥΝΤΑΞΙ/ΤΑΙ												
ΦΟΡΕΑΣ ΣΥΝΤΑΞΙ/ΣΗΣ (ολογράφως)												
ΕΚΚΡΕΜΕΙ ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΝΤΑΞΙ/ΣΗΣ												
ΦΟΡΕΑΣ (ολογράφως)												
ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ/ ΑΝΑΠΗΡΙΑ												
ΣΠΟΥΔΑΖΕΙ												
ΣΧΟΛΗ ΦΟΙΤΗΣΗΣ/ ΙΕΚ (ολογράφως)												

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ	ΣΥΖΥΓΟΣ	Α΄ ΠΑΙΔΙ	Β΄ ΠΑΙΔΙ	Γ΄ ΠΑΙΔΙ	Δ΄ ΠΑΙΔΙ	Ε΄ ΠΑΙΔΙ
Δ13. Φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου (για τους Έλληνες της αλλοδαπής).						
Δ14. Για αλλοδαπούς που κατοικούν στην Ελλάδα, διαβατήριο και άδεια παραμονής ή βεβαίωση κατάθεσης δικαιολογητικών για έκδοση άδειας παραμονής.						
Δ15. Φωτοαντίγραφο πρόσφατου εκκαθαριστικού σημειώματος Δ.Ο.Υ.						
Δ16. Αντίγραφο ή απόσπασμα Ληξιαρχικής Πράξης Γάμου ή Πιστοποιητικό Γάμου από τη Μητρόπολη*.						
Δ17. Πιστοποιητικό περί μη λύσεως γάμου από το Πρωτοδικείο του τόπου κατοικίας των συζύγων						
Δ18. Απόσπασμα Ληξιαρχικής Πράξης Γέννησης για τα παιδιά που δεν έχουν αστυνομική ταυτότητα ή διαβατήριο*						
Δ19. Πιστοποιητικό σπουδών						
Δ20. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης*						

ΣΗΜΑΝΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ για τη συμπλήρωση του εντύπου:

1. Τα δικαιολογητικά με τον αστερίσκο (μόνο εκείνα που εκδίδονται από ελληνική δημόσια αρχή), εάν δεν κατατεθούν ταυτόχρονα με την αίτηση αυτή, θα αναζητηθούν από την αρμόδια Υπηρεσία του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ.
2. Για την αυτεπάγγελτη αναζήτηση από την Υπηρεσία των Δ16, Δ18, και Δ20 πρέπει να δηλώσετε την αρμόδια Υπηρεσία (Ληξιαρχείο, Μητρόπολη) στον Πίνακα 8 .
3. Τα πεδία των Δικαιολογητικών Δ13 έως Δ20 συμπληρώνονται από την Υπηρεσία, κατά την παραλαβή και τον έλεγχο της κατάθεσης των δικαιολογητικών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7. ΑΙΤΗΜΑΤΑ (Συμπληρώστε με Χ το κατάλληλο πεδίο)		
Π 7.1. Εάν η αναπηρία σας οφείλεται σε ατύχημα, έχετε υποβάλει Δήλωση Ατυχήματος; Αν ΝΑΙ , γράψτε το Υποκατάστημα του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ όπου κατατέθηκε.	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Π 7.2. Επιθυμείτε αναγνώριση του χρόνου στρατιωτικής υπηρεσίας; Αν ΝΑΙ , γράψτε παραπλεύρως το αρμόδιο Στρατολογικό Γραφείο . Στην περίπτωση που έχετε ήδη αναγνωρίσει στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ χρόνο στρατιωτικής θητείας, συμπληρώστε το πεδίο παραπλεύρως.	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
	ΝΑΙ, εφόσον με συμφέρει <input type="checkbox"/>	
	ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑ ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ΑΡΙΘΜΟΣ & ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΠΟΦΑΣΗΣ/.....	
Π 7.3. Έχετε ήδη αναγνωρίσει και αξιοποιήσει το χρόνο στρατιωτικής υπηρεσίας σε άλλο φορέα;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Π 7.4. Επιθυμείτε να ασφαλιστείτε στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ προαιρετικά, στην περίπτωση που δεν επαρκεί για συνταξιοδότηση ο συνολικός χρόνος ασφάλισής σας;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Π 7.5. Στις περιπτώσεις που οι συνταξιούχοι πάσχουν από τις ακόλουθες αιτίες, χορηγείται εξωδρυματικό επίδομα (παραπληγίας): Παρα-/τετραπληγία, διπληγία, τριπληγία, παρα-/τετραπάρεση, μασσθένεια, μυοπάθεια, σκλήρυνση κατά πλάκας, φωκομέλεια, ακρωτηριασμός άκρων, με ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω, σύνδρομο κλάματος γαλής, οστεοψαθύρωση ή ατελής οστεογένεση, με ποσοστό αναπηρίας 80% και άνω. Εάν πάσχετε από κάποια από αυτές τις παθήσεις, σημειώστε Χ στην ένδειξη ΝΑΙ, παραπλεύρως.	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	
Π 7.6. Στις περιπτώσεις που οι συνταξιούχοι λόγω αναπηρίας βρίσκονται σε κατάσταση που απαιτεί συνεχή επίβλεψη και συμπαράσταση, για λόγους υγείας, χορηγείται το επίδομα απόλυτης αναπηρίας. Εάν σας αφορά, σημειώστε Χ στην ένδειξη ΝΑΙ παραπλεύρως.	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	
ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟ: Δ21. Υπεύθυνη δήλωση ότι το επίδομα δεν σας καταβάλλεται από άλλο φορέα και ότι, εάν σας χορηγηθεί από το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, θα ενημερώσετε αμέσως εάν υποβάλετε αίτηση για να σας χορηγηθεί από άλλο φορέα στο μέλλον. <input type="checkbox"/>		
Π 7.7. Επιθυμείτε να σας χορηγηθεί προσωρινή σύνταξη μέχρι να εκδοθεί η οριστική απόφαση συνταξιοδότησής σας;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>

ΠΙΝΑΚΑΣ 8. ΛΟΙΠΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ	
Γράψτε στο πεδίο αυτό τα στοιχεία της Σημείωσης 2 του Πίνακα 6, καθώς και κάθε άλλη χρήσιμη πληροφορία που θεωρείτε απαραίτητο να δηλώσετε με την αίτηση αυτή.	

ΠΙΝΑΚΑΣ 9. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ (ΚΕΦΑΛΑΙΑ)			
Αν ορίσετε εκπρόσωπο για να καταθέσει την αίτησή σας, συμπληρώστε τα παρακάτω:			
ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ	ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ
ΑΡ. ΔΕΛΤ. ΑΣΤ. ΤΑΥΤ.	Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: ΟΔΟΣ-ΑΡΙΘ.- Τ.Κ.-ΠΟΛΗ Ή ΧΩΡΙΟ	ΤΗΛΕΦΩΝΟ	

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟ: Δ22. Φωτοτυπία εξουσιοδότησης ή πληρεξουσίου

ΠΡΟΣΟΧΗ: Η ΜΕΣΟΛΑΒΗΣΗ ΠΡΟΣΩΠΩΝ (πλην των δικηγόρων) που ενεργούν ως «μεσάζοντες» επ' αμοιβή διώκεται ποινικά, με βάση το νόμο «περί μεσαζόντων».

