

Δ/νση Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας



**Περιφερειακή Ενότητα Καβάλας
Περιφέρειας Ανατολικής Μακεδονίας Θράκης**



Αριθ. Πρωτοκόλλου:

--

Αίτηση Χορήγησης Επιδόματος Νεφροπαθών και Μεταμοσχευμένων

Όνομα/ Επώνυμο		Ημερομηνία γέννησης	Τόπος Γέννησης
Όνομα πατρός		Αριθ. Ταυτότητας/Διαβατηρίου/Ειδικού Δελτίου Ταυτότητας Ομογενούς	
()	()		
Τηλέφωνο οικίας	Τηλέφωνο εργασίας/κινητό	Εκδούσα Αρχή	
Ταχ. Διεύθυνση	Ταχυδρομικός Κώδικας		

Πρόσθετες Πληροφορίες

Ασφάλιση	Ασφαλισμένος Έμμεσα ή Άμεσα	Υπ. Είσπραξης - Δευτερεύουσα επαφή έκτακτης ανάγκης	
		()	()
Αριθμός Φορολογικού Μητρώου (Α.Φ.Μ.)		Τηλέφωνο οικίας	Τηλέφωνο κινητό
Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης (ΑΜΚΑ)		Διεύθυνση	
Νοσοκομείο – Ιδιωτική Κλινική Παρακολούθησης		Ταχ. Κώδικας - Πόλη - Νομός	

Νεφροπαθείς

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε το διατροφικό επίδομα που δικαιούμαι ως Νεφροπαθείς γιατί βρίσκομαι στο τελευταίο στάδιο και έχω ξεκινήσει Αιμοκαθάρσεις/ Περιτοναϊκές πλύσεις. Υποβάλω τα νόμιμα δικαιολογητικά και παρακαλώ για τις δικές σας ενέργειες.

Ημερομηνία

Υπογραφή (ιδίου/εκπροσώπου)

Μεταμοσχευμένοι

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε το διατροφικό επίδομα που δικαιούμαι ως Μεταμοσχευμένος Νεφρού/Ήπατος/Μυελού των οστών/ Καρδίας και Πνευμόνων. Υποβάλω τα νόμιμα δικαιολογητικά και παρακαλώ για τις δικές σας ενέργειες.

Ημερομηνία

Υπογραφή (ιδίου/εκπροσώπου)