Κ.Υ.1 Έντυπο

ΑΙΤΗΣΗ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ ΓΙΑ:

Ενοικίαση συμπυκνωτή οξυγόνου

Κωδ.Αριθ.Κοινότητας	
Αριθ. Πρωτοκόλλου	
Πληροφορίες	
Τηλέφωνο	
Τ.Κ.	

ΠΡΟΣ:

Ο.Γ.Α.

ΚΛΑΔΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

(ΑΡΜΟΔΙΟ ΠΕΡΙΦ/ΚΟ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑ)

												Α ή Σ	Κωδικός Μέλους*
ΑΜ Ασφαλισμένου ή Συνταξιούχου													

ΑΜΚΑ											

ΑΦΜ									

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ :

Επώνυμο
Όνομα
Πατρώνυμο

ΑΔΤ
Έτος Γέννησης

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

Κωδ. Δήμου-Δημ. Δ/τος
Δήμος- Δημ. Διαμ/σμα
Διεύθυνση (οδός Αριθ.)
Οικισμός
Νομός
Ταχ. Κώδικας)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ Συμπληρώνεται μόνο όταν ο Δικαιούχος είναι τρίτο πρόσωπο (γονέας ανηλίκου τέκνου, νόμιμος κληρονόμος ή πληρεξούσιος) .

Επώνυμο
Όνομα
Πατρώνυμο

ΑΔΤ
Έτος Γέννησης

Κωδ. Δήμου-Δημ. Δ/τος
Δήμος- Δημ. Διαμ/σμα
Διεύθυνση (οδός Αριθ.)
Οικισμός
Νομός
Ταχ. Κώδικας

Ο Αιτών και υπεύθυνα δηλών
(Υπογραφή)

Ο Ανταποκριτής ΟΓΑ

ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΣΤΕΛΝΟΝΤΑΙ ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ :

1. Γνωμάτευση ιατρού Δημόσιου Νοσοκομείου ή συμβεβλημένου με τον ΕΟΠΥΥ ιατρού ή πιστοποιημένου με τον ΕΟΠΥΥ ιατρού με ειδικότητα **ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΟΥ**, **στην οποία θα αναγράφεται η πάθηση και η ανάγκη για οξυγονοθεραπεία, το χρονικό διάστημα θεραπείας (από το οποίο θα προκύπτει η διάρκεια ισχύος της γνωμάτευσης – έως 1 έτος) και οι μετρήσεις αερίων αίματος ή το αποτέλεσμα της οξυμετρίας.** Στον ΟΓΑ θα κατατίθεται **μόνο ακριβές φωτοαντίγραφο του πρωτοτύπου της γνωμάτευσης** η οποία θα πρέπει να είναι πρωτότυπα θεωρημένη από τον ελεγκτή ιατρό του Ε.Ο.Π.Υ.Υ για το συγκεκριμένο μήνα της απόδειξης που κατατίθεται. **Η δαπάνη θα κατατίθεται κάθε μήνα.**

2. Πρωτότυπο Τιμολόγιο ή Απόδειξη Παροχής Υπηρεσιών για τη χρήση της συσκευής στο οποίο να αναφέρεται η περίοδος χρήσης του οξυγόνου. Πρέπει να είναι εξοφλημένο ή να συνοδεύεται από απόδειξη είσπραξης.

3. Υπεύθυνη δήλωση του ασφαλισμένου ότι έκανε χρήση συμπυκνωτή οξυγόνου (ο ίδιος ή το προστατευόμενο μέλος αυτού) για το μήνα ή τους μήνες που αναγράφονται στην απόδειξη. **Σε περίπτωση που τα δικαιολογητικά προσκομισθούν από τρίτο πρόσωπο, η υπεύθυνη δήλωση θα έχει θεωρηθεί για το γνήσιο της υπογραφής του ασφαλισμένου από αρμόδια Αρχή.**

4. Φωτοαντίγραφο του βιβλιαρίου Υγείας Ο.Γ.Α. του ασθενή από το οποίο να προκύπτουν τα στοιχεία κατόχου του βιβλιαρίου και η διάρκεια ισχύος του.

5. Φωτοαντίγραφο της πρώτης σελίδας του βιβλιαρίου καταθέσεων τραπέζης επιλογής του δικαιούχου ή λογαριασμού ΕΛΤΑ. **Προσοχή να φαίνεται καθαρά ο αρ. IBAN.** Η επισύναψη του IBAN είναι ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ στην πρώτη κατάθεση.

ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΟΝΤΑΙ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΤΟΥ Ο.Γ.Α.

	Κωδικός	Περιγραφή	Μήνας		Έτος				Ποσότητα	Ποσό	Αντικώδικας
1.											
2.											
3.											

Ο ΕΛΕΓΧΟΣ ΟΓΑ