

Αριθμ. Πρωτ. ΑΝΑΦΟΡΩΝ: 215
Ημερομ. Κατάθεσης: 25/10/2022



ΒΟΥΛΗ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ
ΚΟΙΝΟΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ
ΠΑΣΟΚ - ΚΙΝΗΜΑ ΑΛΛΑΓΗΣ

Τετάρτη, 19 Οκτωβρίου 2022

ΑΝΑΦΟΡΑ

Προς τους Υπουργούς: Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων, κ. Κ. Χατζηδάκη
Υγείας, κ. Αθ. Πλεύρη
Ψηφιακής Διακυβέρνησης, κ. Κ. Πιερρακάκη

Θέμα: «Αναγκαία η άμεση αντιμετώπιση κενών που έχουν δημιουργηθεί κατά την πρώτη περίοδο λειτουργίας ψηφιακού ΚΕΠΑ»

Κύριοι Υπουργοί,

Σας καταθέτουμε ως αναφορά σειρά εγγράφων συμπολίτη που αφορούν στην αδυναμία συμπολίτη μας να πραγματοποιήσει την νέα, ψηφιακή διαδικασία λήψης παροχών αναπηρίας μετά την έναρξη λειτουργίας των Ψηφιακών Κέντρων Πιστοποίησης Αναπηρίας – Ψηφιακά ΚΕΠΑ και της ψηφιακής πλατφόρμας «Εθνική Πύλη Αναπηρίας» στις 16 Σεπτεμβρίου 2022.

Όπως προκύπτει από τα εν λόγω έγγραφα, τόσο ο γενικός εισηγητικός φάκελος παροχών αναπηρίας των ιατρών όσο και το παραπεμπτικό του ΕΦΚΑ για την υπόθεση διαπίστωσης αναπηρίας συνταξιούχου ΟΓΑ ΕΦΚΑ, έχουν εκδοθεί σε έντυπη μορφή και όχι ψηφιακά μετά την έναρξη της λειτουργίας των Ψηφιακών Κέντρων Πιστοποίησης Αναπηρίας – Ψηφιακά ΚΕΠΑ και της ψηφιακής πλατφόρμας «Εθνική Πύλη Αναπηρίας». Αποτέλεσμα αυτού, ο συμπολίτης μας δεν είναι σε θέση να πραγματοποιήσει την νέα, ψηφιακή διαδικασία λήψης των παροχών αναπηρίας.

Παρακαλείσθε, ως συναρμόδια υπουργεία, να λάβετε υπόψη τα παραπάνω, να μας ενημερώσετε για τις αποφάσεις και τις ενέργειες σας.

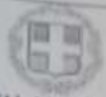
Επισυνάπτεται το σχετικό έγγραφο.

Οι Αναφέροντες Βουλευτές,

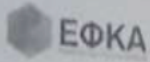
Γεώργιος Μουλκιώτης

Γιώργος Φραγγίδης

Ιλχάν Αχμέτ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ



Ενιαίος
Φορέας
Κοινωνικής
Ασφάλισης

ΠΡΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΚΕΠΑ

ΓΕΝΙΚΟΣ ΕΙΣΗΓΗΤΙΚΟΣ ΦΑΚΕΛΟΣ ΠΑΡΟΧΩΝ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Όνοματεπώνυμο:
Όνομα πατέρα : Ημερ. Γέννησης
ΑΜΚΑ ΑΦΜ..... ΔΟΥ.....
Α.Μ. Ασφ/κού Φορέα: Ασφ/κός Φορέας
Επάγγελμα.....
Διεύθυνση κατοικίας: Οδός..... Αριθμός.....
Τ.Κ..... Πόλη:
Τηλέφωνα επικοινωνίας :

ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΕΧΟΥΣΑ ΠΛΘΗΣΗ

Κωδ. Ειδικ. ☒
(Πίνακας 1)

ΠΑΡΑΠΕΜΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ/ ΣΥΝΤΑΚΤΗΣ ΕΙΣΗΓΗΤΙΚΟΥ ΦΑΚΕΛΟΥ

Επώνυμο.....
Όνομα..... Ειδικότητα.....
Κωδ. Ειδικ..... Α.Μ. ΤΣΑΥ..... Α.Μ.Κ.Α.....
Ιατρικός Σύλλογος Τηλ. επικοινωνίας
Φορέας Εργασίας: Ιδιώτης ☒ Ε.Σ.Υ. ☒ Π.Ε.Δ.Υ. ☒ Πανεπιστημιακός ☒
Στρατιωτικός ☒ Άλλος ☒
Φορέας.....

Ιδιότητα Ιατρού: Θεράπων ☐ Άλλος ☐

Ημερομηνία ...3/10/20..

ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ

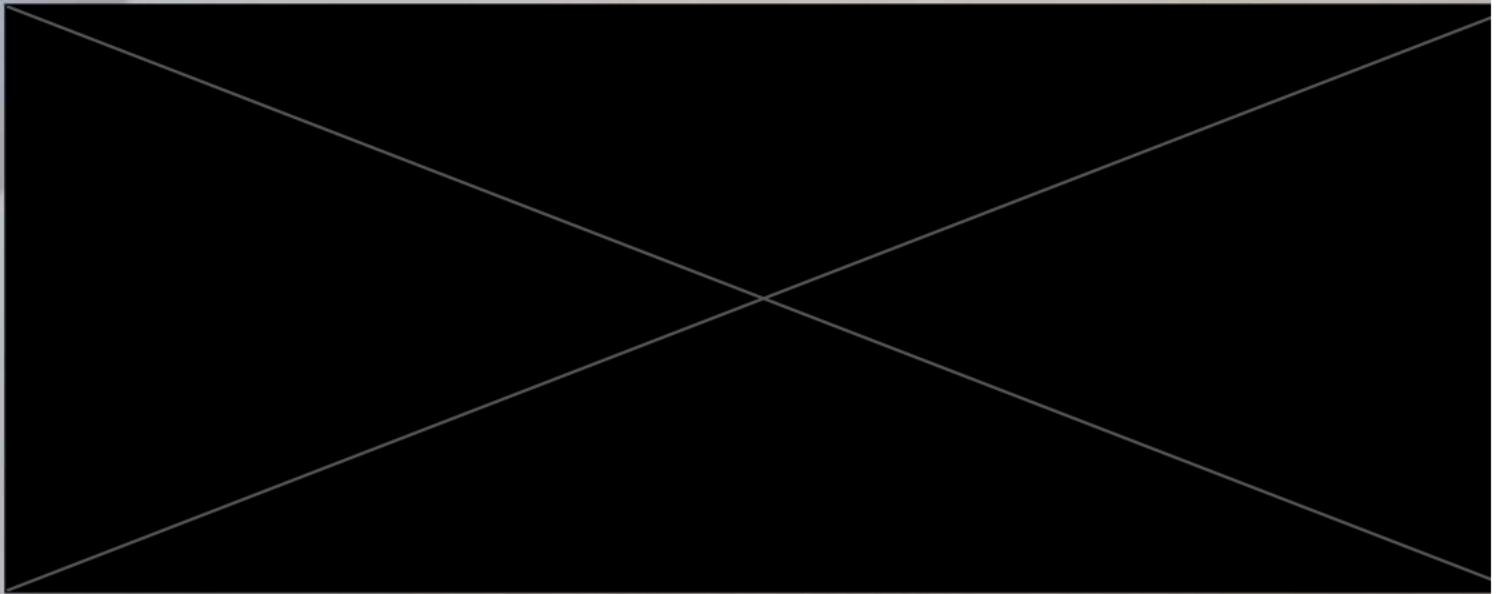
(Συμπληρώνεται μόνο σε περίπτωση
πλήρους αδυναμίας μετακίνησης
στο ΚΕ.Π.Α.)

ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ ☐

Ατεπώνυμο αιτούντος
Ι.Κ.Α. αιτούντος

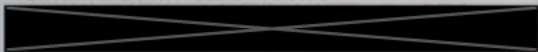


Ημερομηνία εκδήλωσης νόσου:



Αντικειμενική εξέταση

Γνωστικές λειτουργίες



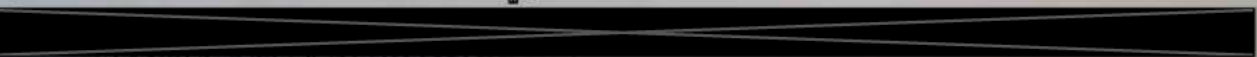
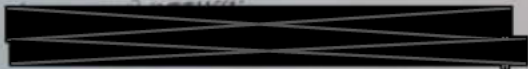
Εγκεφαλικές συζυγίες



Στάση – Βάδιση



Συναίσθημα



ΔΥΣΚΑΜΨΙΑ ΑΝΣΧ ΚΑΙ ΠΙΝΟΥΣΗ

Διασθητικότητα



Ειδικές δοκιμασίες



Εργαστηρίων



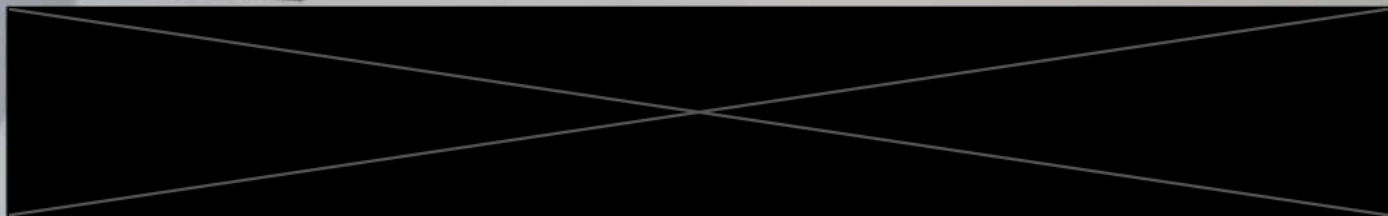
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΤΗ



νοματεπώνυμο αιτούντος
Α.Μ.Κ.Α. αιτούντος



Φαρμακευτική αγωγή



Εργαστηριακός έλεγχος που τεκμηριώνει την πάθηση

ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΟΝΤΑΙ (MRI ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ, DAT-SCAN, ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ)

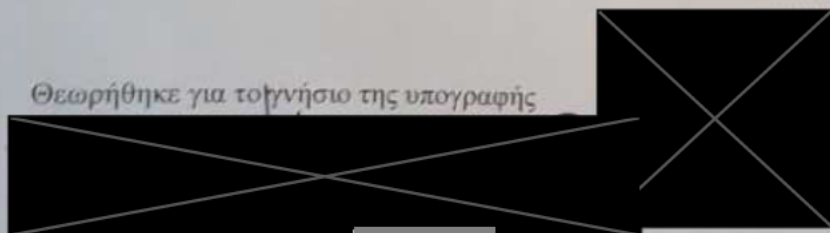
Συνυπάρχουσες Παθήσεις

(όπως προκύπτουν από το ιστορικό του ασθενούς. Ο αιτών οφείλει να συμπεριλάβει στον ιατρικό φάκελο που θα καταθέσει στο ΚΕ.Π.Α. τυχόν γνωματεύσεις, ιατρικές εξετάσεις και νοσηλείες που αφορούν σε αυτές).

Οι συνυπάρχουσες παθήσεις θα πρέπει να ενταχθούν σε μία από τις ειδικότητες υγειονομικών επιτροπών του Πίνακα 1.
(Ακολουθούν παραδείγματα στις οδηγίες συμπλήρωσης του εντύπου).

- 1..... Κωδικός.....
- 2..... Κωδικός.....
- 3..... Κωδικός.....

Θεωρήθηκε για τορνήσιο της υπογραφής

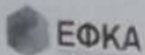


Ημερομηνία3/10/2022.....





ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ



Ενιαίος
Φορέας
Κοινωνικής
Ασφάλισης

ΠΡΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΚΕΠΑ

ΓΕΝΙΚΟΣ ΕΙΣΗΓΗΤΙΚΟΣ ΦΑΚΕΛΟΣ ΠΑΡΟΧΩΝ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Όνοματεπώνυμο

Όνομα πατέρα

ΑΜΚΑ

Α.Μ. Ασφ/κού

Επάγγελμα

Διεύθυνση κατοικίας: Οδός

Τ.Κ. Πόλη

Τηλέφωνα επικοινωνίας

ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗ

Κωδ. Ειδκ.
(Πίνακας 1)

ΠΑΡΑΠΕΜΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ/ ΣΥΝΤΑΚΤΗΣ ΕΙΣΗΓΗΤΙΚΟΥ ΦΑΚΕΛΟΥ

Επώνυμο

Όνομα

Κωδ. Ειδκ.

Ιατρικός Σύλλ.

Φορέας Εργασ

Φο

Ιδιότητα Ιατρού: Θεράπων

Άλλ

Ημερομηνία

5/10

2022

Ο - Η Δηλ.

WS

ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ

(Συμπληρώνεται μόνο σε περίπτωση
πλήρους αδυναμίας μετακίνησης
στο

ΟΧΙ

πατερόνυμο αιτούντος:
Μ.Κ.Α. αιτούντος :

Ημερομηνία εκδήλωσης νόσου:

Ιατρική

Παρά

Νοσηλείες

Όνοματεπώνυμο αιτούντος
Α.Μ.Κ.Α. αιτούντος



Εργαστηριακός έλεγχος που τεκμηριώνει την πάθηση

1. Ιατρικές βεβαιώσεις
2. Ε/Ε
3. Βιθαμολογία
- 4.
- 5.
- 6.

Συνυπάρχουσες Παθήσεις

(όπως προκύπτουν από το ιστορικό του ασθενούς. Ο αιτών οφείλει να συμπεριλάβει στον ιατρικό φάκελο που θα καταθέσει στο ΚΕ.Π.Α. τυχόν γνωματεύσεις, ιατρικές εξετάσεις και νοσηλείες που αφορούν σε αυτές).

Οι συνυπάρχουσες παθήσεις θα πρέπει να ενταχθούν σε μία από τις ειδικότητες υγειονομικών επιτροπών του Πίνακα 1.
(Ακολουθούν παραδείγματα στις οδηγίες συμπλήρωσης του εντύπου).

- | | |
|----|---------|
| 1. | Κωδικός |
| 2. | Κωδικός |
| 3. | Κωδικός |

Θεωρήθηκε για το γνήσιο της υπογραφής



Ημερομηνία 5/10 2022
Ο - Η Δρ. W Ιατρός



ΤΗΛΕΦΩΝΟ
FAX

ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

ΘΕΜΑ: «Υπόθεση διαπίστωσης αναπηρίας του/της συνταξιούχου του ΟΓΑ-ΕΦΚΑ»

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ :

ΑΣ :

ΗΜ :

ΔΙΕ :

ΤΗΛ :

ΗΜ/ΝΙΑ ΑΙΤΗΣΗΣ ΠΑΡΑΠΛΗΓΙΚΟΥ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ

/η στο θέμα ασφαλισμένος /η - συνταξιούχος υπεράλε στην υπηρεσία μας την από [] για χορήγηση εξωδρυματικού επιδόματος παραπληγίας - τετραπληγίας (άρθρο 42 του Ν 1140/1981, άρθρο 5 του Ν. 3232/2004, άρθρο 61 του Ν. 3518/2006 και άρθρο 56 Ν.4554/2018).
Για να χορηγηθεί εξωδρυματικό επίδομα παραπληγίας - τετραπληγίας θα πρέπει ο ενδιαφερόμενος να:

- 1) πάσχει από παραπληγία - τετραπληγία με ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω.
- 2) πάσχει από μυασθένεια - μυοπάθεια με ποσοστό 67% και άνω
- 3) έχει ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω προερχόμενο από ακρωτηριασμό των δύο άνω ή κάτω άκρων ή κατά το ένα άνω και ένα κάτω άκρο
- 4) έχει φωκομέλεια, που επιφέρει τον ίδιο βαθμό κινητικής αναπηρίας με την περίπτωση 3
- 5) πάσχει από σκλήρυνση κατά πλάκας, που επιφέρει παραπληγία - τετραπληγία με ποσοστό 67% και άνω.
- 6) πάσχει από σύνδρομο κλάματος γαλής με ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω.
- 7) πάσχει από ατελή οστεογένεση με ποσοστό αναπηρίας 80% και άνω
- 8) πάσχει από οστεοψαθύρωση με ποσοστό αναπηρίας 80% και άνω.
- 9) έχει ακρωτηριασμό του ενός άνω ή κάτω άκρου με ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω.

Κατόπιν των προαναφερόμενων παρακαλούμε να εξετάσετε τον ενδιαφερόμενο/η και να κρίνετε, αν πάσχει από κάποια από τις ανωτέρω παθήσεις.

Σε καταφατική περίπτωση ποιο το ποσοστό ανικανότητας του/της για εργασία, από ποια χρονολογία και ποια η διάρκειά της.

Σύμφωνα με την νομοθεσία μας, σε περίπτωση που κριθεί, ότι ο/η αιτών/ούσα το επίδομα δεν πάσχει από κάποια από τις ανωτέρω παθήσεις, έχει το δικαίωμα να ασκήσει προσφυγή ενώπιον της Δευτεροβάθμιας Υγειονομικής Επιτροπής.

Σε τέτοια περίπτωση η Υπηρεσία σας πρέπει να ενημερώσει τον ενδιαφερόμενο /η για τη διαδικασία, την προθεσμία και τον τύπο της προσφυγής.

Συν/να

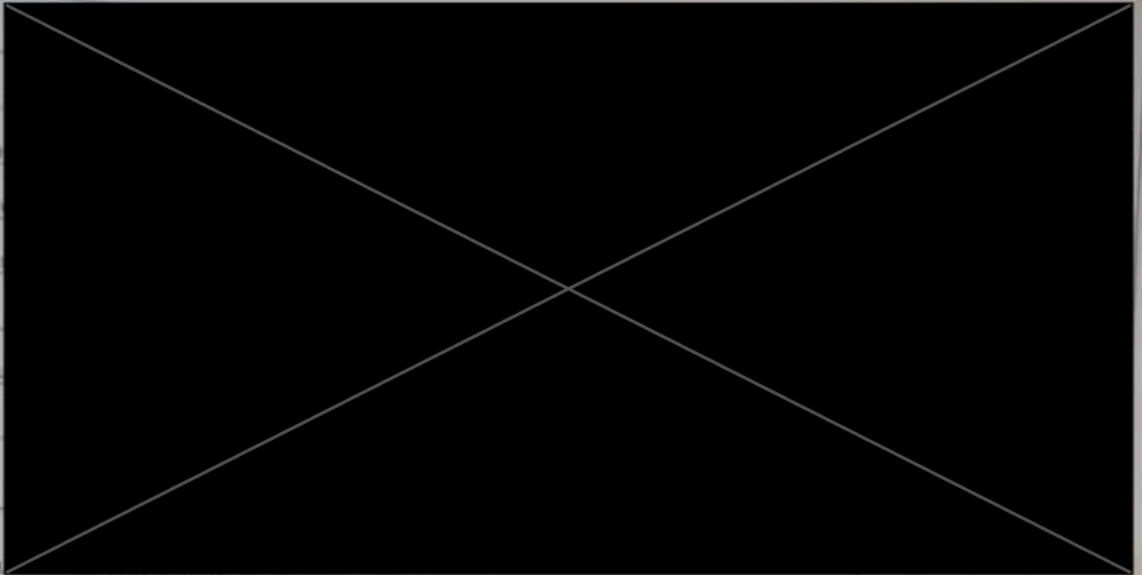


ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(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 - Η Όνομα:	
Όνομα και Επώνυμο	
Όνομα και Επώνυμο	
Ημερομηνία γέννησης	
Τόπος Γέννησης:	
Αριθμός Δελτίου Ταυ	
Τόπος Κατοικίας:	
Αρ. Τηλεομοιοτύπου	



Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2) που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

ΔΕ ΜΟΥ ΚΑΤΑΒΑΛΛΕΤΑΙ ΤΟ ΕΠΙΔΟΜΑ ΠΑΡΑΠΛΗΓΙΑΣ - ΤΕΤΡΑΠΛΗΓΙΑΣ ΑΠΟ ΑΛΛΟ ΦΟΡΕΑ.
ΔΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΑ ΓΙΑ ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟ ΤΩΝ 30 ΗΜΕΡΩΝ ΣΕ ΙΔΡΥΜΑ ΛΕΥΚΙΑΚΗΣ ΜΟΡΦΗΣ Ή ΠΡΟΝΟΙΑΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ, ΟΥΤΕΣΕ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟ ΜΕ ΔΑΠΑΝΕΣ ΤΟΥ τ. ΟΓΑ Ή ΤΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ Ή ΝΠΔΔ.
ΔΕ ΛΑΜΒΑΝΩ ΣΥΝΤΑΞΗ ΑΠΟ ΑΛΛΟ ΦΟΡΕΑ ΕΚΤΟΣ ΤΟΥ τ. ΟΓΑ.
ΓΙΑ ΟΠΟΙΟΔΗΠΟΤΕ ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΣΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΘΑ ΓΕΝΗΜΕΡΩΣΩ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΠΛΗΡΩΜΩΝ ΣΥΝΤΑΞΕΩΝ

Ημερομηνία: 20

Ο - Η Δηλ. Ο - Η



- (1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο
- (2) Αναγράφεται ολογράφως.
- (3) «Οποιοσ εν γνώσει του δηλώνει ψευδώς» σύμφωνα με το άρθρο 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον έξι μηνών ή με πρόστιμο τουλάχιστον 100.000 δραχμών ή με οποιαδήποτε άλλη ποινή που προβλέπεται από το νόμο.
- (4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου, η δήλωση μπορεί να συμπληρωθεί σε δεύτερη σελίδα.

που απευθύνεται η αίτηση.

Η δήλωση υποβάλλεται με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του ενδιαφερόμενου, η οποία υπογράφεται από τον δηλούντα και υπογράφεται από τον δηλούμενο.

Αριθ. Πρωτ.

Ημερομηνία Κατάθεσης

Ο Ανταποκριτής

(σφραγίδα - υπογραφή)

1392

ΕΠΩΝΥΜΟ (σημερινό)

ΕΠΩΝΥΜΟ (πρώην)

ΟΝΟΜΑ

"

"

"

(για έγγαμοι)

ΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ

(για έγγαμοι ή χήρα)

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ - ΕΤΟΣ ΓΕ

ΑΡΙΘ. ΔΕΛΤ. ΑΣΤΥΝ. ΤΑΥ

ή ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ

ΑΡΙΘΜΟΣ

Τ

Τ

Τ

Τ

Τ

Τ

Τ

Τ

Τ

Τ

Τ

Τ

Τ

Τ

Τ

Τ

Τ

Τ

Τ

Τ

Τ

Τ

Τ

Τ

Τ

Τ

Τ

Τ

Τ

Τ

Τ

Τ

Τ

Τ

Τ

Τ

Τ

Τ

Τ

Τ

Τ

ΤΟΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ
ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΤΟΥ ΑΙΤΟΥΝΤΑ

Σας παρακαλώ να μου χορηγήσετε το επίδομα που προβλέπεται από τις διατάξεις του άρθρου 42, παρ. 1 του Ν. 1140/81, όπως ισχύει σήμερα, γιατί πάσχω από παραπληγία - τετραπληγία και σας δηλώνω υπεύθυνα τα εξής, απαντώντας στις επόμενες ερωτήσεις, γνωρίζοντας τις συνέπειες του Νόμου για ψευδή δήλωση, ενώπιον Δημοσίας αρχής:

1. Παίρνετε σύνταξη από οποιαδήποτε άλλη, εκτός του ΟΓΑ, πηγή ή προσαύξηση της σύνταξής σας λόγω απόλυτης αναπηρίας ή επίδομα παραπληγικού - τετραπληγικού από οποιαδήποτε πηγή, συμπεριλαμβανομένου και του ΟΓΑ (Ελληνικό Δημόσιο, άλλο ελληνικό ή ξένο ταμείο κ.λ.π.); Αν ναι, να γράψετε αναλυτικά τι παίρνετε και από που και να επισυνάψετε στην αίτηση επικυρωμένο αντίγραφο της απόφασης παροχής της σύνταξης ή του επιδόματος.
2. Τι επάγγελμα ή επαγγέλματα ασκούσατε όταν γίνετε ανάπηρος και από τότε το - τα ασκούσατε;
3. Είστε γραμμένος στα Μητρώα του Κλάδου Πρόσθετης ή Κύριας Ασφάλισης του ΟΓΑ και αν ναι, ποιός είναι ο Αριθμός Μητρώου σας;
4. Είστε σήμερα ή ήσαστε στο παρελθόν ασφαλισμένος σε άλλο εκτός του ΟΓΑ Ταμείο; Αν ναι, σε ποιό, ποιός είναι - ήταν ο Αριθμός Μητρώου σας και για ποιά χρονικά διαστήματα ήσασταν ασφαλισμένος;

Σημείωση: Για τη συμπλήρωση του χρόνου ασφάλισης συνυπολογίζεται υπό προϋποθέσεις και εφ' όσον το επιθυμείτε, ο χρόνος ασφάλισης σε άλλο, εκτός του ΟΓΑ, ασφαλιστικό φορέα. Στην περίπτωση αυτή πρέπει να το δηλώσετε ρητά με υπεύθυνη δήλωσή σας.

5. Είστε τρώφιος σε Άσυλο Ανιάτων ή Ίδρυμα ασυλικού ή προνοιακού χαρακτήρα ή νοσηλεύστε σε Ψυχιατρείο; Αν η απάντηση είναι ΝΑΙ, να υποβάλλετε μαζί με τα άλλα δικαιολογητικά και Πιστοποιητικό του Ασύλου - Ίδρύματος - Ψυχιατρείου για την διάρκεια της περίθαλψης και το ποιός επιβαρύνεται τη σχετική δαπάνη.

6. Έχετε υποβάλει αίτηση σε οποιαδήποτε άλλο εκτός ΟΓΑ Ταμείο για να σας χορηγηθεί σύνταξη ή επίδομα; Αν ναι, σε ποιά Ταμείο έχετε υποβάλει την αίτηση και για ποιά συγκεκριμένη παροχή;

7. Έχετε υποβάλει στο παρελθόν άλλη αίτηση για σύνταξη ή επίδομα; Αν ναι, να γράψετε τον αριθμό και την ημερομηνία της αίτησής σας και να δηλώσετε το Ταμείο ή Ταμεία η οποία απορρίφθηκε; Αν ναι, να γράψετε τον αριθμό και την ημερομηνία της απόφασης απόρριψής της.

ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Ο ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΤΗΣ ΤΟΥ ΟΓΑ