



(για υπηρεσιακή χρήση)  
Αρ. Μητρώου:.....

Αρ. Αίτησης Μ.Σ.....

**ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**  
**ΥΦΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**  
**ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΕΠΙΔΟΜΑΤΩΝ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

(Έντυπο ΕΕΕ14.ν3)

Ημ. Παραλαβής:

.....

**ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ  
ΠΑΡΟΧΗ ΕΛΑΧΙΣΤΟΥ ΕΓΓΥΗΜΕΝΟΥ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ**

Σύμφωνα με τις πρόνοιες του άρθρου 21 του Περί Ελάχιστου Εγγυημένου Εισοδήματος και Γενικότερα Περί Κοινωνικών Παροχών Νόμου Ν.109(Ι)/2014 (συμπεριλαμβανομένων και των τροποποιητικών αυτού), σε περίπτωση που αιτητής ή/και δικαιούχος ή/και οποιοδήποτε μέλος της οικογενειακής μονάδας ισχυρίζεται ότι είναι ανίκανος για εργασία, λόγω σωματικής ή/και πνευματικής ή/και ψυχικής αδυναμίας ή/και λόγω ιδιαίτερων προσωπικών καταστάσεων, δύναται να παραπεμφθεί για κοινωνική παρέμβαση, περιλαμβανομένης της ιατρικής εξέτασης ή άλλου είδους φροντίδας η οποία θα θεωρηθεί κατάλληλη για την περίπτωση του.

**1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ/ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ ΕΕΕ**

Αρ. Ταυτότητας	<input type="text"/>	Αρ. Αίτησης ΕΕΕ	<input type="text"/>
Αρ. Εγγρ. Αλλοδαπού (ARC)	<input type="text"/>		
Όνομα	<input type="text"/>		
Επίθετο	<input type="text"/>		

**2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΕΤΑΖΟΜΕΝΟΥ ΑΤΟΜΟΥ**

Όνοματεπώνυμο:	Αρ. Ταυτότητας / ARC:
Επάγγελμα:	Ημερομηνία Γέννησης:

**3. ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

Ο αιτητής βρίσκεται υπό την παρακολούθησή μου από τις .....(ημερομηνία πρώτης εξέτασης) μέχρι σήμερα.

Σύντομο ιατρικό ιστορικό:

(Δώστε ένα σύντομο ιστορικό των προβλημάτων υγείας του ατόμου. Αναφέρετε με χρονολογική σειρά τα νοσήματα από τα οποία υποφέρει, όπως και το ιστορικό νοσηλειών του σε νοσοκομεία.

.....

.....

.....

.....

.....

**4. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ**

.....

.....

.....

.....

.....



Με τη συγχρηματοδότηση  
της Ευρωπαϊκής Ένωσης



**5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ**

A/A	Τύπος Εξέτασης (π.χ. ακτινογραφίες, αξονικές τομογραφίες, MRI, υπερηχογραφήματα)	Ημερ/νία Εξέτασης	Αποτελέσματα (Προσκομίστε όλες τις διαγνωστικές εξετάσεις, αποτελέσματα επεμβάσεων, θεραπείες, εάν αυτό είναι δυνατό)
1.			
2.			
3.			
4.			

**6. ΙΑΤΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

.....

.....

.....

**7. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ**

A/A	Φαρμακευτική Αγωγή	Δοσολογία	Έναρξη από
1.			
2.			
3.			

**8. ΣΥΣΤΑΣΗ ΘΕΡΑΠΟΝΤΟΣ Η ΓΝΩΜΑΤΕΥΟΝΤΟΣ ΙΑΤΡΟΥ (επιλέξτε τουλάχιστο ένα από τα πιο κάτω)**

1.	Ο αιτητής είναι ικανός για εργασία με περιορισμούς (διευκρινίστε)	<input type="checkbox"/>
2.	Ο αιτητής είναι ανίκανος για εργασία μέχρι τις .....	<input type="checkbox"/>

**9. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΘΕΡΑΠΟΝΤΟΣ Η ΓΝΩΜΑΤΕΥΟΝΤΟΣ ΙΑΤΡΟΥ**

Όνοματεπώνυμο:		Ειδικότητα:	
A.M. Ιατρικού Συλλόγου:	Τηλέφωνο:	Φαξ:	Email:
Διεύθυνση:			

Βεβαιώνεται η ακρίβεια των ανωτέρω ιατρικών δεδομένων, τα οποία υποβάλλονται προς την Υπηρεσία Διαχείρισης Επιδομάτων Πρόνοιας.

.....

Υπογραφή θεράποντος ιατρού

.....

Σφραγίδα θεράποντος ιατρού

.....

Ημερομηνία

Ενημέρωση που γίνεται με βάση το Κεφάλαιο ΙΙΙ του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27<sup>ης</sup> Απριλίου 2016 για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και για την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων αυτών και την κατάργηση της οδηγίας 95/46/ΕΚ (Γενικός Κανονισμός για την Προστασία Δεδομένων)

Τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν και δηλώνονται από εμένα την ίδια/τον ίδιο, θα τηρούνται σε αρχείο και θα τυγχάνουν αντικείμενο νόμιμης επεξεργασίας κατά την έννοια του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27<sup>ης</sup> Απριλίου 2016 όπως ισχύει, από τον Υπεύθυνο Επεξεργασίας που είναι το Υφυπουργείο Κοινωνικής Πρόνοιας/Υπηρεσία Διαχείρισης Επιδομάτων Πρόνοιας, για σκοπούς εξέτασης της αίτησής μου για δικαίωμα σε Ελάχιστο Εγγυημένο Εισόδημα. Αποδέκτες των δεδομένων θα είναι το αρμόδιο προσωπικό του Υφυπουργείου Κοινωνικής Πρόνοιας/Υπηρεσία Διαχείρισης Επιδομάτων Πρόνοιας. Τα προσωπικά δεδομένα που περιλαμβάνονται στα αρχεία που τηρεί το Υφυπουργείο Κοινωνικής Πρόνοιας/Υπηρεσία Διαχείρισης Επιδομάτων Πρόνοιας, μπορούν να ανακοινώνονται ή να μεταδίδονται μεταξύ των εμπλεκόμενων κυβερνητικών υπηρεσιών. Η διαχείριση και επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων θα γίνεται με ασφάλεια και εχεμύθεια και θα υπόκειται στις σχετικές διατάξεις του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου. Επίσης, πληροφορούμαι ότι, μεταξύ άλλων, έχω τα δικαιώματα ενημέρωσης, πρόσβασης, διόρθωσης και διαγραφής σε δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν, όπως αυτά αναφέρονται στα άρθρα 13, 14, 15, 16, 17, 18 και 19 του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27<sup>ης</sup> Απριλίου 2016, για τα οποία μπορώ να απευθυνθώ στον Υπεύθυνο Επεξεργασίας (το Υφυπουργείο Κοινωνικής Πρόνοιας/Υπηρεσία Διαχείρισης Επιδομάτων Πρόνοιας).

**ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΤΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ**

1. Ο θεράπων Ιατρός συμπληρώνει αναλυτικά όλα τα πιο πάνω στοιχεία, καθότι είναι ουσιώδη στη λήψη σχετικής απόφασης αναφορικά με την αίτηση για παροχή Ελάχιστου Εγγυημένου Εισοδήματος.
2. Δεν θα γίνεται αποδεκτή ιατρική έκθεση στην οποία απουσιάζουν ουσιώδη ιατρικά δεδομένα.
3. Σε περίπτωση που το άτομο παρακολουθείται από περισσότερους από έναν θεράποντες ιατρούς, θα πρέπει να συμπληρωθεί ξεχωριστό έντυπο από κάθε θεράποντα ιατρό.
4. Σε περίπτωση που το άτομο δεν παρακολουθείται σε συνεχή βάση από θεράποντα ιατρό, το έντυπο μπορεί να συμπληρωθεί από ιατρό με ειδικότητα άμεσα συσχετισμένη με την ασθένεια του.