



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Αίτηση για Επιδότηση

σύμφωνα με το

**Σχέδιο Επιδότησης για αντιμετώπιση της
Υπογονιμότητας**

ΓΙΑ ΖΕΥΓΑΡΙΑ

**Αιτήσεις γίνονται δεκτές εντός 3
μηνών από την ολοκλήρωση της
θεραπείας**

**Το συμπληρωμένο έντυπο πρέπει να παραδοθεί ή να αποσταλεί με
την ένδειξη:**

**«Επιδότηση για Σκοπούς Αντιμετώπισης Υπογονιμότητας» στη
διεύθυνση:**

Υπουργείο Υγείας , 1448 Λευκωσία

Για περισσότερες πληροφορίες απευθύνεστε στο τηλέφωνο 22605300-22605711

Η διαχείριση των δεδομένων που κατατίθενται στην αίτηση γίνεται σύμφωνα με τον
«Ο Περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου)
Νόμος του 2001 (138(I)/2001)»

Μέρος Α

(Συμπληρώνεται από τον Θεράποντα Ιατρό)

Για Ζευγάρια

Όνοματεπώνυμο Αιτήτριας	
Αρ. Ταυτότητας	
Ηλικία	
Όνοματεπώνυμο Συζύγου	
Αρ. Ταυτότητας	
Ηλικία	

Ιατρικό Ιστορικό (παρακαλώ δώστε στοιχεία)

Αριθμός Αποβολών-Εκτρώσεων	
Αριθμός Τοκετών	
Αριθμός Παιδιών	
Στείριότητα στην γυναίκα	
Στείριότητα στον άνδρα	
Στείριότητα και στους δύο	
Πρωτοπαθής Στείριότητα	
Δευτεροπαθής Στείριότητα	

Προηγούμενες προσπάθειες με μεθόδους Υποβοηθούμενης
Αναπαραγωγής (αποτελέσματα).....

.....

Όνομα Μονάδας Υποβοηθούμενης αναπαραγωγής που
διενεργήθηκαν

.....

Άλλες σημαντικές πληροφορίες

.....

Σύσταση μεθόδου θεραπείας

IVF		
ICSI		
Χρήση Δότη/ Δότριας γαμετών		
Παρένθετη Μητρότητα		
Κρυοσυντήρηση Ωαρίων		
Σε περίπτωση γυναίκας άνω των 35 ετών διευκρινίστε τους λόγους	Ιατρικός λόγος	Διατήρηση γονιμότητας
Σε περίπτωση γυναίκας κάτω των 35 ετών	Ιατρικός λόγος Μόνο (Να επισυναφθεί Ιατρική Βεβαίωση)	

Αριθμός προηγούμενων επιδοτημένων θεραπειών:

Στοιχεία Θεράποντος Ιατρού

Όνοματεπώνυμο.....

Ειδικότητα.....

Τηλέφωνο Ιατρείου.....Κινητό.....

Διεύθυνση.....

.....

ΥπογραφήΗμερομηνία.....

ΓΙΑ ΕΠΙΣΗΜΗ ΧΡΗΣΗ	
Εγκρίνεται/δεν εγκρίνεται η επιδότηση	
Σχόλια:	
.....	
Μέλη Επιτροπής	
.....	
.....	
.....	

Μέρος Β**Βεβαίωση Θεράποντος Γιατρού και Εργαστηρίου Εξωσωματικής Γονιμοποίησης προς το Υπουργείο Υγείας**

(συμφώνα με το Σχέδιο Επιδότησης για την Αντιμετώπιση της Υπογονιμότητας)

Βεβαιείται ότι η κα.....(όνομα-επίθετο)

με Αρ.Δελτίου Ταυτότητας.....

ολοκλήρωσε θεραπεία εξωσωματικής γονιμοποίησης

στις(ημερομηνία)

Και υποβλήθηκε σε (συμπληρώστε και σημειώστε ν)

A	Ωοληψία (ημερομηνία/..../....) - τεχνητή γονιμοποίηση – εμβρυομεταφορά (ημερομηνία/..../....)	
B	1) Ωοληψία (ημερομηνία/..../....) - δημιουργία εμβρύων – κρυοσυντήρηση (ημερομηνία/..../....)	
	2) Ωοληψία (ημερομηνία/..../....) - ακύρωση δημιουργίας εμβρύων	
Γ	Ωοληψία (ημερομηνία/..../....) - κρυοσυντήρηση ωαρίων	
Δ	Εμβρυομεταφορά (ημερομηνία/..../....) με κρυοσυντηρημένα έμβρυα. Ημερομηνία ωοληψίας του κύκλου από τον οποίο δημιουργήθηκαν τα εν λόγω έμβρυα (..../..../....)	
E	Φυσικός Κύκλος (ημερομηνία/..../....)	
Z	Φυσικός Κύκλος (ημερομηνία/..../....) χωρίς να ολοκληρωθεί με εμβρυομεταφορά	

Θεράπων Ιατρός.....(όνομα-επίθετο)

Υπογραφή θεράποντος ιατρού.....

Κλινική- Μονάδα Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής

.....

(όνομα μονάδας)

Εμβρυολογικό Εργαστήριο

.....(όνομα εργαστηρίου)

Υπεύθυνος Εμβρυολόγος.....(όνομα-επίθετο)

Υπογραφή Εμβρυολόγου.....

(ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ Η ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΣΦΡΑΓΙΔΑΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ)

Σημείωση: Να επισυναφθούν εκθέσεις από αυτή τη θεραπεία καθώς και όλες τις προηγούμενες θεραπείες.

Μέρος Γ

(Συμπληρώνεται από τους αιτητές)

Γυναίκα

Όνομα Επώνυμο.....

Ημερ.Γεννήσεως.....Αρ.Ταυτότητας.....

Διεύθυνση

Οδός.....Αριθμός.....

Πόλη/Χωρίο.....Ταχ.Κωδικας.....

Τηλέφωνα Οικίας.....Εργασίας.....Κινητό.....

Ηλεκτρονική Διεύθυνση:.....

Υπογραφή.....

Άνδρας

Όνομα Επώνυμο.....

Ημερ.Γεννήσεως.....Αρ.Ταυτότητας.....

Διεύθυνση

Οδός.....Αριθμός.....

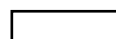
Πόλη/Χωρίο.....Ταχ.Κωδικας.....

Τηλέφωνα Οικίας.....Εργασίας.....Κινητό.....

Ηλεκτρονική Διεύθυνση:.....

Υπογραφή.....

Βεβαιώνω ότι οι πληροφορίες που έχουμε καταθέσει είναι αληθή και γνωρίζω τις συνέπειες του Νόμου για κατάθεση ψευδών στοιχείων.
(σημειώστε ν)



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνουμε υπεύθυνα ότι όλα τα στοιχεία που παρέχονται στη δήλωση, καθώς και τα πιστοποιητικά/έγγραφα που συνυποβάλλονται, είναι αληθή και εξουσιοδοτούμε το Υπουργείο Υγείας να τα επαληθεύσει σε συνεργασία με άλλες αρμόδιες αρχές της Δημοκρατίας, όσα από τα στοιχεία της αίτησης μου κρίνουν απαραίτητο.

Δηλώνουμε ότι με το παρόν συγκατατιθέμεθα και εξουσιοδοτούμε την αρμόδια αρχή (Υπουργείο Υγείας) όπως τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που αφορούν και περιλαμβάνονται στην αίτηση μου για επιδότηση τηρούνται και τυγχάνουν νόμιμης επεξεργασίας κατά την έννοια του Κανονισμού(ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27^{ης} Απριλίου 2016 όπως ισχύει , από τον Υπεύθυνο Επεξεργασίας που είναι το Υπουργείο Υγείας, για σκοπούς εξέτασης της αίτησης μου/μας για επιδότηση. Αποδέκτες των δεδομένων θα είναι το αρμόδιο προσωπικό του Υπουργείου Υγείας. Τα προσωπικά δεδομένα που περιλαμβάνονται στα αρχεία που τηρεί το Υπουργείο Υγείας μπορούν να ανακοινώνονται ή να μεταδίδονται μεταξύ των εμπλεκόμενων κυβερνητικών υπηρεσιών, νοουμένου ότι η διαχείριση και επεξεργασία τους θα γίνεται με ασφάλεια και εχεμύθεια και θα υπόκειται στις σχετικές διατάξεις του κανονισμού(ΕΕ)2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου.

Ημερομ.:/...../.....

Υπογραφή (αιτήτριας)

Υπογραφή (συζύγου/συντρόφου)

**Για να είναι δυνατή η διεκπεραίωση της αίτησης σας, θα πρέπει
απαραίτητα να είναι πλήρως συμπληρωμένη και να επισυνάψετε τα
ακόλουθα στοιχεία:**

1	Αντίγραφο της ταυτότητας του ζευγαριού ή και αντίγραφο της άδειας παραμονής στην Δημοκρατία (IRC yellow page)
2	Αντίγραφο του Πιστοποιητικού Γάμου ή Συμφώνου Συμβίωσης ή Ένορκου Δηλώσεως
3	Το έντυπο «Αμοιβαία Αποδοχή Εγγραφής σε Κατάλογο Δικαιούχων Προσωπικού Ιατρού» το οποίο υπογράφεται στο Ιατρείο του Προσωπικού Ιατρού (ΠΙ) από τον ΠΙ και τον Δικαιούχο με ημερομηνία πριν από την ημερομηνία υποβολής της αίτησης ή Την ηλεκτρονική ειδοποίηση με τίτλο «GHS- Αίτημα Εγγραφής σε προσωπικό Ιατρό /Registration request to Personal Doctor» που λαμβάνουν μετά την ολοκλήρωση της εγγραφής στο ΓεΣΥ με ημερομηνία πριν από την ημερομηνία υποβολής της αίτησης. (<i>Η πιο πάνω ειδοποίηση αποστέλλεται στο λογαριασμό στην Πύλη Δικαιούχων και στο email του χρήστη που έχει υποβάλει το αίτημα εγγραφής στο ΓεΣΥ</i>).
4	Αντίγραφο της άδειας που έχει εξασφαλιστεί από το Συμβούλιο Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής και αφορά: 1. Ζευγάρια που έχουν καταφύγει σε μέθοδο υποβοηθούμενης αναπαραγωγής με παρένθετη μητέρα, 2. Γυναίκες πέραν των 50 ετών
5	Σε περίπτωση κρυσταλλοποίησης ωαρίων να προσκομιστεί αντίγραφο της δήλωσης που κατατίθεται στη Μονάδα Εξωσωματικής Θεραπείας από την αιτήτρια, ότι τα κρυσταλλοποιημένα ωάρια είναι για ίδια χρήση μόνο.
6	Βεβαίωση από την Τράπεζα της αιτήτριας που να φαίνεται ο αριθμός λογαριασμού και ο αριθμός IBAN. (ο λογαριασμός μπορεί να είναι και κοινός λογαριασμός της αιτήτριας με άλλο πρόσωπο)
7	Έντυπο εξουσιοδότησης πληρωμής από το FIMAS, πλήρως συμπληρωμένο και υπογεγραμμένο από την αιτήτρια (πρωτότυπο)
8	Για ζευγάρια που αιτούνται επιδότηση για πρώτη φορά για θεραπείες που ξεκίνησαν μετά την 01/07/2023, να προσκομίζονται οι αποδείξεις πληρωμής για επιδότηση μέχρι το ποσό των 3.500 ευρώ
9	Για ζευγάρια που αιτούνται επιδότηση λόγω της Νόσου του Huntington, να προσκομίζεται, επιβεβαιωμένος γενετικός έλεγχος φορείας του γονιδίου της νόσου τουλάχιστον ενός από τους συντρόφους και τιμολόγιο πληρωμής προεμφυτευτικής γενετικής διάγνωσης

**Η Συμπλήρωση Όλων Των Πεδίων Της Αίτησης και Όλα τα
Συνοποβάλλοντα Έγγραφα είναι απαραίτητα**

Αιτήσεις που κατατίθενται με ελλιπή στοιχεία, δεν είναι δυνατόν να διεκπεραιωθούν. Σε περίπτωση αποστολής αίτησης με ελλιπή στοιχεία από την ημέρα ενημέρωσης σας για το γεγονός καλείστε εντός 15 ημερολογιακών ημερών δεν συμπληρωθούν τα απαιτούμενα πεδία ή στοιχεία. Διαφορετικά η αίτηση θα θεωρείται ως ΜΗ ΛΗΦΘΕΙΣΑ.