



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Αίτηση για Επιδότηση

σύμφωνα με το

**Σχέδιο Επιδότησης για αντιμετώπιση της
Υπογονιμότητας**

(Αίτηση για θεραπεία που διενεργήθηκε από τις 6/4/2020 και μετά)

**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 αποτείνετε στο τηλέφωνο 22605300

Μέρος Α

(Συμπληρώνεται από τον Θεράποντα Ιατρό)

Για Ζευγάρια

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

Για Μονήρη Άτομα

Όνοματεπώνυμο Αιτήτριας	
Αρ. Ταυτότητας	
Ηλικία	

Ιατρικό Ιστορικό (παρακαλώ δώστε στοιχεία)

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

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 κρυοσυντήρησης ωαρίων για παρακαλώ διευκρινίστε τους λόγους	Καρκινοπαθής	Πρόωρη εμμηνόπαυση	Κοινωνικός

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 (σημειώστε V)

A	Ωοληψία - τεχνητή γονιμοποίηση - εμβρυομεταφορά	
B	Ωοληψία - δημιουργία εμβρύων	
Γ	Ωοληψία- κρυοσυντήρηση ωαρίων	
Δ	Εμβρυομεταφορά με κρυοσυντηρημένα έμβρυα	
Ε	Φυσικό Κύκλο	

Θεράπων Ιατρός.....(όνομα-επίθετο)

Υπογραφή θεράποντος ιατρού.....

Κλινική- Μονάδα Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής

.....(όνομα μονάδας)

Εμβρυολογικό Εργαστήριο

.....(όνομα εργαστηρίου)

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

Υπογραφή Εμβρυολόγου.....

Μέρος Γ

(Συμπληρώνεται από τους αιτητές)

Γυναίκα

ΌνομαΕπώνυμο.....

Ημερ.Γεννήσεως.....Αρ.Ταυτότητας.....

Διεύθυνση

Οδός.....Αριθμός.....

Πόλη/Χωρίο.....Ταχ.Κωδικας.....

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

Ηλεκτρονική Διεύθυνση:.....

Υπογραφή.....

Άνδρας

ΌνομαΕπώνυμο.....

Ημερ.Γεννήσεως.....Αρ.Ταυτότητας.....

Διεύθυνση

Οδός.....Αριθμός.....

Πόλη/Χωρίο.....Ταχ.Κωδικας.....

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

Ηλεκτρονική Διεύθυνση:.....

Υπογραφή.....

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

Για Ζευγάρια	
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
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 της θεραπείας 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 της θεραπείας. <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>
<p>Σημείωση:</p> <p>Για ζευγάρια που έχουν καταφύγει σε μέθοδο υποβοηθούμενης αναπαραγωγής με παρένθετη μητέρα, να προσκομιστεί και αντίγραφο της άδειας που έχει εξασφαλιστεί από το Συμβούλιο Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής.</p> <p>Για γυναίκες πέραν των 50 ετών να προσκομιστεί και αντίγραφο της άδειας που έχει εξασφαλιστεί από το Συμβούλιο Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής.</p>	
Για Μονήρη Άτομα	
1	Αντίγραφο της ταυτότητας του ατόμου, ή και αντίγραφο της άδειας παραμονής στην Κύπρο(IRC yellow page)
2	Αντίγραφο της άδειας που έχει εξασφαλιστεί από το Συμβούλιο Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής
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 της θεραπείας 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 της θεραπείας. <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>
<p>Σημείωση:</p> <p>Για γυναίκες πέραν των 50 ετών να προσκομιστεί και αντίγραφο της άδειας που έχει εξασφαλιστεί από το Συμβούλιο Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής.</p>	
Για όλες τις αιτήτριες	
	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)

Έντυπο εξουσιοδότησης πληρωμής από το FIMAS, πλήρως συμπληρωμένο και υπογεγραμμένο από την αιτήτρια (πρωτότυπο)

ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ ΕΙΝΑΙ

Η Συμπλήρωση Όλων Των Πεδίων Της Αίτησης και Όλα τα Συνυποβάλλοντα Έγγραφα

Αιτήσεις που αποστέλλονται με ελλιπή στοιχεία δεν είναι δυνατόν να διεκπεραιωθούν και θα επιστρέφονται

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

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

Δηλώνω/νουμε ότι με το παρόν συγκατατίθεμαι/θέμεθα και εξουσιοδοτώ/τούμε 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 (αιτήτρια).....

Υπογραφή (συζύγου)

(όπου εφαρμόζεται)