



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Αίτηση για Επιδότηση

**Σύμφωνα με το Σχέδιο Επιδότησης για
αντιμετώπιση της Υπογονιμότητας**

Για Μονήρη Γυναίκες

**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 αποτείνεστε 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)

Ονοματεπώνυμο Αιτήτριας	
Αρ. Ταυτότητας	
Ηλικία	

Ιατρικό Ιστορικό (παρακαλώ δώστε στοιχεία)

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

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		
Κρυοσυντήρηση Ωαρίων		
Σε περίπτωση γυναικάς άνω των 35 ετών διευκρινίστε τους λόγους	Ιατρικός λόγος	Διατήρηση γονιμότητας
Σε περίπτωση γυναικάς 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 Επιχορήγησης 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 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 την αιτήτρια)

ΌνομαΕπώνυμο.....

Ημερ.Γεννήσεως.....Αρ.Ταυτότητας.....

Διεύθυνση

Οδός.....Αριθμός.....

Πόλη/Χωρίο..... Ταχ. Κώδικας.....

Τηλέφωνα

Οικίας.....ΕργασίαςΚινητό.....

Ηλεκτρονική Διεύθυνση:.....

Υπογραφή.....

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

ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ ΓΙΑ ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΑΠΟ ΤΟ FIMAS

Εγώ/ Εμείς ο/η/οι κάτωθι υποφαίνομενος/η/οι με την παρούσα σας **εξουσιοδοτώ/ούμε** όπως στο εξής καταβάλλετε με έμβασμα ηλεκτρονικά στο πιο κάτω τραπεζικό λογαριασμό, οποιαδήποτε ποσά καθίστανται πληρωτέα προς εμένα/εμάς από οποιαδήποτε Κυβερνητική Υπηρεσία μέσω του **Ολοκληρωμένου Συστήματος Διοικητικής και Οικονομικής Πληροφόρησης του Γενικού Λογιστηρίου (FIMAS)**.

Για το σκοπό αυτό παραθέτω/ουμε πιο κάτω τα ελάχιστα απαραίτητα στοιχεία του Τραπεζικού λογαριασμού που τηρείται σε Ευρώ. Επιπρόσθετα επισυνάπτω φωτοαντίγραφο μέρους της κατάστασης του τραπεζικού μου λογαριασμού (στο οποίο δεν φαίνονται οποιεσδήποτε συναλλαγές) όπου παρουσιάζονται **μόνο** το όνομα της Τράπεζας, ο κάτοχος/δικαιούχος του λογαριασμού, ο κωδικός και το όνομα του υποκαταστήματος (όπου εφαρμόζεται) και ο διεθνής αριθμός του λογαριασμού μου /μας (**IBAN – International Bank Account Number**).

Η παρούσα εξουσιοδότηση ισχύει μέχρι νεότερης γραπτής ειδοποίησης από εμένα/εμάς.

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ / ΟΝΟΜΑ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ (για Φυσικά Πρόσωπα)	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ (για Εταιρείες)	
ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ (Οδός και αριθμός ή Ταχυδρομική Θυρίδα)	
ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ	
ΠΟΛΗ / ΧΩΡΙΟ	
ΟΝΟΜΑ ΤΡΑΠΕΖΑΣ / ΣΥΝΕΡΓΑΤΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ	
ΚΩΔΙΚΟΣ & ΟΝΟΜΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΡΑΠΕΖΑΣ / ΣΥΝΕΡΓΑΤΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΡΑΠΕΖΑΣ / ΣΥΝΕΡΓΑΤΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ	

ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΥ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ (IBAN)

Υπογραφή Εξουσιοδοτούντος

Όνομα Εξουσιοδοτούντος (σε περίπτωση νομικής οντότητας)

Ημερομηνία: _____ / _____ /20_____

(Εάν είναι εταιρεία ή μη φυσικό πρόσωπο η εξουσιοδότηση αυτή να σφραγισθεί στο μέρος δίπλα από το όνομα του εξουσιοδοτούντος με την σφραγίδα της εταιρείας)

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω 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 ότι με το παρόν συγκατατίθεμαι και εξουσιοδοτώ 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 εμπλεκομένων κυβερνητικών υπηρεσιών, νοούμενου 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).....

**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 της αιτήτριας, ή και αντίγραφο της άδειας παραμονής στην Κύπρο(IRC yellow page)
2	Αντίγραφο της άδειας που έχει εξασφαλιστεί από το Συμβούλιο Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής Σημειώσεις: <ol style="list-style-type: none">Κρυοσυντήρηση ωάριων μόνο δεν απαιτεί άδεια από το Συμβούλιο Υποβοηθούμενης ΑναπαραγωγήςΓια γυναίκες πέραν των 50 ετών να προσκομιστεί και 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 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	Σε περίπτωση κρυοσυντήρησης ωαρίων να προσκομιστεί αντίγραφο της δήλωσης που κατατίθεται στη Μονάδα Εξωσωματικής Θεραπείας ότι τα κρυοσυντηρημένα ωάρια είναι για ιδία χρήση μόνο.
5	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)
6	Έντυπο εξουσιοδότησης πληρωμής από το FIMAS, πλήρως συμπληρωμένο και υπογεγραμμένο από την αιτήτρια (πρωτότυπο)

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

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.