



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

**ΚΑΛΥΨΗ ΕΞΟΔΩΝ ΜΕΤΑΒΑΣΗΣ, ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ
ΣΥΝΟΔΟΥ ΤΟΥΣ ΓΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΟΥ ΣΧΕΔΙΟΥ
ΠΑΡΟΧΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΑΡΩΓΗΣ ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΥ ΔΕΝ
ΠΡΟΣΦΕΡΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΤΟΜΕΑ ΜΕ ΒΑΣΗ ΑΠΟΦΑΣΗ ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΙΚΟΥ
ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑΣ 13/3/24**

ΜΕΡΟΣ ΙΑ: ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Όνομα: Επώνυμο:
 Ημερ.Γέννησης:/...../..... Αρ. Ταυτότητας: ARC:
 Αρ. Κοιν. Ασφαλίσεων:
 Διεύθυνση:..... Αρ. Πόλη/Χωριό:.....
 Ταχ. Κώδικας: Επαρχία: Τηλ. Οικίας:..... Κινητό:.....
 Δικαιούχος ΓεΣΥ: ΝΑΙ Κάτοχος κάρτας νοσηλείας: ΝΑΙ
 ΟΧΙ ΟΧΙ

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Έγγαμος Πολύτεκνος
 Σύμφωνο συμβίωσης Εξαρτώμενος Αγνοουμένου
 Άγαμος Μέλος Εγκλωβισμένης Οικογένειας
 Διαζευγμένος/η
 Σε διάσταση
 Χήρος/α

**ΜΕΡΟΣ ΙΒ: ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΕΙΝΑΙ
ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟ ΑΤΟΜΟ**

Όνομα: Επώνυμο:
 Ημερ.Γέννησης:/...../..... Αρ. Ταυτότητας: ARC:
 Αρ.Κοιν.Ασφαλίσεων:
 Διεύθυνση:..... Αρ. Πόλη/Χωριό:.....
 Ταχ.Κώδικας: Επαρχία: Τηλ.Οικίας:..... Κινητό:.....



ΜΕΡΟΣ II: ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ ΤΟΥ ΑΙΤΗΤΗ/ΤΗΣ ΑΙΤΗΤΡΙΑΣ (ΟΠΟΥ ΙΣΧΥΕΙ)

ΟΝΟΜΑ	Αρ. Δελτίου Ταυτότητας	Ημερομηνία Γέννησης	Αρ. Κοινωνικών Ασφαλίσεων	Άτομα εξαρτώμενα του αιτητή
(Συζύγου)				
(Εξαρτώμενων Τέκνων)				
				<input type="checkbox"/> Φοιτητής/Φοιτήτρια <input type="checkbox"/> Ανάπηρος/Ανάπηρη <input type="checkbox"/> Τέκνο κάτω 21 ετών <input type="checkbox"/> Άλλο
				<input type="checkbox"/> Φοιτητής/Φοιτήτρια <input type="checkbox"/> Ανάπηρος/Ανάπηρη <input type="checkbox"/> Τέκνο κάτω 21 ετών <input type="checkbox"/> Άλλο
				<input type="checkbox"/> Φοιτητής/Φοιτήτρια <input type="checkbox"/> Ανάπηρος/Ανάπηρη <input type="checkbox"/> Τέκνο κάτω 21 ετών <input type="checkbox"/> Άλλο

ΜΕΡΟΣ III: ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

A. Εισοδήματα από Εργασία:

Επαγγελματικά Στοιχεία	Στοιχεία Τελευταίου Εργοδότη	Ετήσιο Ακαθάριστο Εισόδημα εργασίας
Αιτητή/Αιτήτριας: Επάγγελμα..... <input type="checkbox"/> Μισθωτός/η <input type="checkbox"/> Αυτοτελώς Εργαζόμενος/η <input type="checkbox"/> Συνταξιούχος	Όνομα/Επωνυμία: Διεύθυνση: Τηλ.	€
Συζύγου: Επάγγελμα..... <input type="checkbox"/> Μισθωτός/η <input type="checkbox"/> Αυτοτελώς Εργαζόμενος/η <input type="checkbox"/> Συνταξιούχος	Όνομα/Επωνυμία: Διεύθυνση: Τηλ.	€
Εξαρτώμενα τέκνα μέχρι 21 χρόνων που εργάζονται: Όνομα: Επάγγελμα: <input type="checkbox"/> Μισθωτός/η <input type="checkbox"/> Αυτοτελώς Εργαζόμενος/η	Όνομα/Επωνυμία: Διεύθυνση: Τηλ.	€
	Σύνολο:	€



B. Εισοδήματα από συντάξεις και άλλες πηγές:

Συντάξεις:-	Ετήσιο Ακαθάριστο Εισόδημα
(1) Κοινωνικών Ασφαλίσεων	€
(2) Κοινωνική Σύνταξη	€
(3)	€
Ενοίκια/Τόκοι/Μερίσματα	€
Άλλα εισοδήματα:	€ €
ΣΥΝΟΛΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ (A+B)	€

ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλα τα στοιχεία που περιέχονται στην δήλωση αυτή, καθώς και τα πιστοποιητικά έγγραφα που συνυποβάλλονται, είναι αληθή και ορθά και ότι αποδέχομαι το Υπουργείο Υγείας να ζητήσει από διάφορες Κυβερνητικές Υπηρεσίες, περιλαμβανομένου και του Τμήματος Φορολογίας, να επιβεβαιώσουν τα στοιχεία και έγγραφα που αναφέρονται στα εισοδήματά μου και στα εισοδήματα των εξαρτωμένων μου.

Υπογραφή:

Ημερομηνία :

Σημειώσεις:

1. Αν ο ασθενής είναι ανήλικος/η, η δήλωση υποβάλλεται από γονέα.
2. «Εισόδημα» σημαίνει το ετήσιο ακαθάριστο εισόδημα προσώπου ή οικογένειας, ανάλογα με την περίπτωση, το οποίο προέρχεται από αντιμισθία, από μισθωτή απασχόληση, από οποιοδήποτε κέρδος από την άσκηση επιτηδεύματος ή επιχειρήσεως, από ακίνητη περιουσία και από τόκους, μερίσματα ή άλλη πηγή με την εξαίρεση δημοσίου βοηθήματος, επιδόματος τέκνου και φοιτητικής χορηγίας, καθώς και ποσού που στη βάση δικαστικού διατάγματος, καταβάλλεται από διαζευγμένο γονέα για διατροφή τέκνου.
3. Το ετήσιο ακαθάριστο εισόδημα της οικογένειας του ασθενούς ή του ίδιου του ασθενή στην περίπτωση ατόμου χωρίς εξαρτώμενα, δεν ξεπερνά τις €100.000 κατά το ημερολογιακό έτος που προηγείται του έτους κατά του οποίου ο ασθενής μετέβη στο εξωτερικό για θεραπεία.
4. «Εξαρτώμενο» σημαίνει:
 - i. τον/την σύζυγο
 - ii. τους απευθείας κατιόντες, οι οποίοι είναι ηλικίας κάτω των είκοσι ενός (21) ετών ή είναι συντηρούμενοι από αυτόν, καθώς και εκείνους του/της συζύγου.
5. Για επιβεβαίωση εγγραφής στο ΓεΣΥ, να επισυναφθεί το έντυπο αμοιβαίας αποδοχής στο ΓεΣΥ από τον προσωπικό ιατρό ή κάρτα νοσηλείας σε ισχύ.
6. Για βεβαίωση των εισοδημάτων:-
 - i. **Για τους μισθωτούς:** βεβαίωση από το Τμήμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων και αντίγραφο της τελευταίας φορολογίας εισοδήματος για όσους φορολογούνται
 - ii. **Για αυτοτελώς εργαζομένους:** βεβαίωση από το Τμήμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων και αντίγραφο της τελευταίας φορολογίας εισοδήματος για όσους φορολογούνται
 - iii. **Για συνταξιούχους:** αντίγραφο τελευταίας κατάστασης σύνταξης ή βεβαίωση από τον οργανισμό από τον οποίο καταβάλλεται η σύνταξη, καθώς και αντίγραφο τελευταίας φορολογίας για όσους φορολογούνται.



ΕΝΤΥΠΑ ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΓΙΑ ΕΚ ΤΩΝ ΥΣΤΕΡΩΝ ΚΑΛΥΨΗ

A. ΕΝΤΥΠΟ ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΕΞΟΔΩΝ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣΑρ. Ταυτότητας

ΠΤΗΣΕΙΣ / ΔΡΟΜΟΛΟΓΙΟ						
Α Ν Α Χ Ω Ρ Η Σ Η			Α Φ Ι Ξ Η		Μετα φορέας	Εξηγήσεις
Ημερ.	Ωρα	Τόπος	Ημερ.	Τόπος		
ΕΠΙΔΟΜΑ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ			Ολικά Έξοδα Διακίνησης			€
Ημερομηνία Από - Μέχρι	Τόπος	Ημερήσιο Επίδομα @ Αρ. Διανυκτερεύσεων	Ισοτιμία €	ΠΟΣΟ €		
Τόπος Διαμονής						
Ολικό Επίδοματος Συντήρησης						€
Ποσοστό Κάλυψης Επίδοματος 70%						
Ολικό επιχορήγησης Εισιτηρίου/Διαμονής και Διατροφής						
Βεβαιώνω ότι η πιο πάνω κατάσταση είναι ορθή. Υπογραφή Ασθενούς:						
Ημερομηνία:/...../.....	Υπογραφή Λειτουργού:					

Επεξηγήσεις:

1. Το έντυπο αυτό πρέπει να συμπληρωθεί και να υποβληθεί στο Υπουργείο Υγείας το αργότερο 4 μήνες από την ολοκλήρωση της αποστολής.
2. Επιχορήγηση αεροπορικού εισιτηρίου: θα καταβάλλεται το κόστος μόνο για οικονομικής θέσης κατόπιν προσκόμισης τριών εναλλακτικών επιλογών, ώστε να επιχορηγείται το κόστος του αεροπορικού εισιτηρίου της πλέον συμφέρουσας επιλογής από οικονομικής άποψης. Σε περίπτωση επιλογής ακριβού εισιτηρίου από την πλέον συμφέρουσα επιλογή τη διαφορά θα την καταβάλλει ο ασθενής/συνοδός. Το κόστος αποσκευών σε περίπτωση που δεν περιλαμβάνεται στην τιμή του εισιτηρίου γίνεται αποδεκτό ΜΟΝΟ για μια αποσκευή.
3. Σε περίπτωση που έχουν εξασφαλιστεί ειδικές συμφωνίες/διευθετήσεις για παροχή διαμονής ή/και διατροφής δεν θα καταβάλλεται το ανάλογο ποσό επιδόματος συντήρησης για διαμονή/διατροφής. Το επίδομα για διαμονή θα καταβάλλεται μόνο στον ασθενή σε περίπτωση που ο ασθενής και ο συνοδός διαμένουν στην ίδια στέγη.
4. Η επιχορήγηση του επιδόματος συντήρησης δεν μπορεί να υπερβαίνει το 70% του επιδόματος συντήρησης που καταβάλλεται σε κρατικούς λειτουργούς όταν μεταβαίνουν σε αντίστοιχη χώρα για υπηρεσιακούς λόγους όπως αυτό καθορίζεται με σχετικές εγκυκλίους του Τμήματος Δημόσιας Διοίκησης και Προσωπικού.
5. Το κόστος για επιλογή θέσης δεν θα καταβάλλεται.
6. Σε περίπτωση διακοπής της θεραπείας από τον ίδιο τον ασθενή ή την οικογένειά του για δικούς τους λόγους τότε το εισιτήριο της επιστροφής δεν θα καλύπτεται από το Υπουργείο Υγείας.



ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΩΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΩΝ ΕΓΓΡΑΦΩΝ ΠΟΥ ΣΥΝΟΔΕΥΟΥΝ ΤΟ ΕΝΤΥΠΟ	
ΕΞΟΔΑ ΔΙΑΚΙΝΗΣΗΣ	
	Τιμολόγιο και απόδειξη πληρωμής από το ταξιδιωτικό γραφείο, ή αποδεικτικό πληρωμής εάν η αγορά έχει γίνει μέσω διαδικτύου, για αεροπορικό εισιτήριο
	Αεροπορικό εισιτήριο
	Πρωτότυπες κάρτες επιβίβασης (πρωτότυπη θεωρείται και η κάρτα που εκδίδεται
ΚΟΣΤΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	
	Όπου η πληρωμή γίνεται απευθείας στο ξενοδοχείο: (α) Απόδειξη πληρωμής ή (β) Απόκομμα δελτίου πληρωμής με πιστωτική κάρτα και τιμολόγιο ή απόδειξη πληρωμής
	Όπου η πληρωμή γίνεται μέσω ταξιδιωτικού γραφείου: Φωτοαντίγραφο του διατακτικού (voucher) του ταξιδιωτικού γραφείου για την κράτηση και τιμολόγιο ή απόδειξη πληρωμής από το ταξιδιωτικό γραφείο
	Όπου η πληρωμή γίνεται μέσω διαδικτύου: Αποδεικτικό πληρωμής
ΑΛΛΑ ΑΠΟΔΕΚΤΑ ΕΞΟΔΑ	
	Κόστος αποσκευών σε περίπτωση που δεν περιλαμβάνεται στο κόστος εισιτηρίου
	Εξουσιοδότηση για Πληρωμές από Fimas και επισύναψη βεβαίωσης τράπεζας για IBAN



Β. ΕΝΤΥΠΟ ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΕΞΟΔΩΝ ΣΥΝΟΔΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΥΝΟΔΟΥΑρ. Ταυτότητας

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣΑρ. Ταυτότητας

ΠΤΗΣΕΙΣ / ΔΡΟΜΟΛΟΓΙΟ						
Α Ν Α Χ Ω Ρ Η Σ Η			Α Φ Ι Ξ Η		Μεταφορέας	Εξηγήσεις
Ημερ.	Ωρα	Τόπος	Ημερ.	Τόπος		
ΕΠΙΔΟΜΑ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ			Ολικά Έξοδα Διακίνησης			€
Ημερομηνία Από - Μέχρι	Τόπος	Ημερήσιο Επίδομα @ Αρ. Διανυκτερεύσεων	Ισοτιμία €	ΠΟΣΟ €		
Τόπος Διαμονής						
					Ολικό Επίδοματος Συντήρησης	€ -----
					Ποσοστό Κάλυψης Επίδοματος 70%	
					Ολικό επιχορήγησης Εισιτηρίου/Διαμονής και Διατροφής	
Βεβαιώνω ότι η πιο πάνω κατάσταση είναι ορθή. Υπογραφή Συνοδού:						
Ημερομηνία:/...../.....	Υπογραφή Λειτουργού:					

Επεξηγήσεις:

1. Το έντυπο αυτό πρέπει να συμπληρωθεί και να υποβληθεί στο Υπουργείο Υγείας το αργότερο 4 μήνες από την ολοκλήρωση της αποστολής.
2. Επιχορήγηση αεροπορικού εισιτηρίου: θα καταβάλλεται το κόστος μόνο για οικονομικής θέσης κατόπιν προσκόμισης τριών εναλλακτικών επιλογών ώστε να επιχορηγείται το κόστος του αεροπορικού εισιτηρίου της πλέον συμφέρουσας επιλογής από οικονομικής άποψης. Σε περίπτωση επιλογής ακριβού εισιτηρίου από την πλέον συμφέρουσα επιλογή τη διαφορά θα την καταβάλλει ο ασθενής/συνοδός. Το κόστος αποσκευών σε περίπτωση που δεν περιλαμβάνεται στην τιμή του εισιτηρίου γίνεται αποδεκτό ΜΟΝΟ για μια αποσκευή. Το κόστος για επιλογή θέσης δεν θα καταβάλλεται.
3. Σε περίπτωση που έχουν εξασφαλιστεί ειδικές συμφωνίες/διευθετήσεις για παροχή διαμονής ή/και διατροφής δεν θα καταβάλλεται το ανάλογο ποσό επιδόματος συντήρησης για διαμονή/διατροφής. Το επίδομα για διαμονή θα καταβάλλεται μόνο στον ασθενή σε περίπτωση που ο ασθενής και ο συνοδός διαμένουν στην ίδια στέγη.
4. Η επιχορήγηση του επιδόματος συντήρησης δεν μπορεί να υπερβαίνει το 70% του επιδόματος συντήρησης που καταβάλλεται σε κρατικούς λειτουργούς όταν μεταβαίνουν σε αντίστοιχη χώρα για υπηρεσιακούς λόγους όπως αυτό καθορίζεται με σχετικές εγκυκλίους του Τμήματος Δημόσιας Διοίκησης και Προσωπικού.
8. **Στις περιπτώσεις που ο ασθενής νοσηλεύεται και συνοδός μένει μαζί του στο νοσοκομείο δεν θα καταβάλλεται ποσό για διαμονή και διατροφή.**
9. Σε περίπτωση διακοπής της θεραπείας από τον ίδιο τον ασθενή ή την οικογένειά του για δικούς τους λόγους τότε το εισιτήριο της επιστροφής δεν θα καλύπτεται από το Υπουργείο Υγείας.



ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΩΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΩΝ ΕΓΓΡΑΦΩΝ ΠΟΥ ΣΥΝΟΔΕΥΟΥΝ ΤΟ ΕΝΤΥΠΟ	
ΕΞΟΔΑ ΔΙΑΚΙΝΗΣΗΣ	
	Τιμολόγιο και απόδειξη πληρωμής από το ταξιδιωτικό γραφείο, ή αποδεικτικό πληρωμής εάν η αγορά έχει γίνει μέσω διαδικτύου, για αεροπορικό εισιτήριο
	Αεροπορικό εισιτήριο
	Πρωτότυπες κάρτες επιβίβασης (πρωτότυπη θεωρείται και η κάρτα που εκδίδεται ηλεκτρονικά)
ΚΟΣΤΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	
	Όπου η πληρωμή γίνεται απευθείας στο ξενοδοχείο: (α) Απόδειξη πληρωμής ή (β) Απόκομμα δελτίου πληρωμής με πιστωτική κάρτα και τιμολόγιο ή απόδειξη πληρωμής
	Όπου η πληρωμή γίνεται μέσω ταξιδιωτικού γραφείου: Φωτοαντίγραφο του διατακτικού (voucher) του ταξιδιωτικού γραφείου για την κράτηση και τιμολόγιο ή απόδειξη πληρωμής από το ταξιδιωτικό γραφείο
	Όπου η πληρωμή γίνεται μέσω διαδικτύου: Αποδεικτικό πληρωμής
ΆΛΛΑ ΑΠΟΔΕΚΤΑ ΕΞΟΔΑ	
	Κόστος αποσκευών σε περίπτωση που δεν περιλαμβάνεται στο κόστος εισιτηρίου
	Εξουσιοδότηση για Πληρωμές από Fimas και επισύναψη βεβαίωσης τράπεζας για IBAN



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΚ ΤΩΝ ΠΡΟΤΕΡΩΝ ΚΑΛΥΨΗ

ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Βεβαιούται ότι ο ασθενής με ΑΔΤ , είναι επιδοτούμενος του Υπουργείου Υγείας και το κόστος του αεροπορικού του εισιτηρίου, καθώς και το επίδομα διαμονής του (σε περίπτωση εξωτερικού ασθενή) θα καταβληθεί από το Υπουργείο Υγείας.

Βεβαιούται ότι ο ασθενής θα συνοδεύεται από τον/την με ΑΔΤ και το κόστος του αεροπορικού του εισιτηρίου καθώς και το επίδομα διαμονής του θα καταβληθεί από το Υπουργείο Υγείας.

ΔΙΑΜΟΝΗ:

Σημειώνεται ότι ο ασθενής ή /και ο συνοδός θα μεταβούν (χώρα και πόλη) και συνεπώς το κόστος διαμονής θα είναι σύμφωνα με τον πιο κάτω πίνακα:

ΧΩΡΑ/ΠΟΛΗ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΕΣ	ΕΠΙΔΟΤΟΥΜΕΝΟ ΠΟΣΟ ΑΝΑ ΒΡΑΔΥ (€/£)	ΣΥΝΟΛΟ (€/£)

ΠΤΗΣΕΙΣ:

Θα πρέπει να υποβληθούν τουλάχιστον τρεις προσφορές για τα αεροπορικά εισιτήρια σε οικονομική θέση, μία εκ των οποίων να είναι από αεροπορική εταιρεία χαμηλού κόστους. Το Υπουργείο Υγείας θα επιδοτεί την οικονομικότερη προσφορά. Το κόστος αποσκευών σε περίπτωση που δεν συμπεριλαμβάνεται στη τιμή του εισιτηρίου, γίνεται αποδεκτό μόνο για μίαν αποσκευή.

Όνομα Λειτουργού:

Υπογραφή:

Στοιχεία επικοινωνίας: Τηλ:..... Ηλεκτρ. Διευθ.:.....

Ημερομηνία:

