

Α Ι Τ Η Σ Η

Του/Της.....
.....
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝ.:.....

ΜΕΤΟΧΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ ΣΤΡΑΤΟΥ ΤΜΗΜΑ ΕΙΔΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΩΝ

Κολοκοτρώνη 13, Τ.Κ. 105 62
Τηλ. 2111048265-278
Fax: 210-3233375

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ:

Επώνυμο:.....
Όνομα:.....
Πατρώνυμο:.....
Στρατός.....Χωροφυλακή.....
Αρ. Μητρώου :.....

Είμαι τέκνο **μερισματούχου (εν αποστρατεία)** του ΜΤΣ και παρακαλώ για τη χορήγηση του δικαιούμενου Βοηθήματος Οικογενειακής και Επαγγελματικής Αυτοτέλειας, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.1329/1983 και της υπ' αριθμ. **Φ.951.1/120/875101 /Σ.5291/17 Αυγ 2010 (ΦΕΚ Β' 1357/1-9-2010)**, για σοβαρούς λόγους υγείας μου.

Δνση κατοικίας του/της δικαιούχου:

Πόλη:.....
Οδός:.....Αριθμ.
Περιοχή:.....Τ.Κ.....
Τηλέφωνο Σταθερό:.....
Τηλέφωνο Κινητό:.....
Email.....

Υποχρεωτικά Δικαιολογητικά:

1. Φωτοτυπία της πρώτης σελίδας βιβλιαρίου, **ατομικού** λογαριασμού του/της δικαιούχου Τράπεζα Πειραιώς . Σε περίπτωση που ο/η δικαιούχος διατηρεί **ατομικό** λογαριασμό σε άλλη Τράπεζα και επιθυμεί την καταβολή του ποσού σε αυτόν, θα επιβαρυνθεί με το κόστος μεταφοράς του ποσού.
2. Φωτοτυπία της αστυνομικής ταυτότητας του/της δικαιούχου
3. Πρωτότυπη Γνωμάτευση δημοσίου Νοσοκομείου ή επικυρωμένο αντίγραφο από την εκδίδουσα Αρχή ή ΚΕΠ, από την οποία αποδεικνύονται οι σοβαροί λόγοι υγείας του του δικαιούχου τέκνου.

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ

Η Φορολογική Ενημερότητα θα σας ζητηθεί από το ΜΤΣ **κατά τον χρόνο πληρωμής του Βοηθήματος, με σχετική ανακοίνωση στην ιστοσελίδα του.**

(Πόλη - Ημερομηνία).....

**Επικύρωση υπογραφής δικαιούχου
από οποιαδήποτε Δημόσια Αρχή**

Ο/Η Αιτ.....