

## **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 **μετόχου (εν ενεργεία)** 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 δικαιούχου τέκνου.
4. Αντίγραφο Φύλλου Μητρώου του γονέα με όλες τις στρατιωτικές μεταβολές.
5. Φύλλο μισθοδοσίας με τον τελευταίο μισθολογικό βαθμό του γονέα.

### **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.....