

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ «Α»
Στη Φ. 443.8/3/77695/Σ. 18594

Υγειονομικές Επιτροπές

Οι Τριμελείς Υγειονομικές Επιτροπές συγκροτούνται και λειτουργούν σύμφωνα με τη ΥΑ Φ.443.8/144/160355/Σ.1159/1-11-11.
Διευκρινιστικά, η συγκρότηση και λειτουργία τους, έχει όπως παρακάτω:

1. Περιφέρεια Αττικής

Δύο (2) Επιτροπές, κάθε μία (1) από τις οποίες αποτελείται από έναν (1) Αρχίατρο του 401 ΓΣΝΑ ως πρόεδρο και δύο (2) Στρατιωτικούς Ιατρούς του ίδιου Νοσοκομείου, ως μέλη.

2. Περιφέρεια Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης

α. Π.Ε. Έβρου

Από έναν (1) Ανώτερο Στρατιωτικό Ιατρό του 216 ΚΙΧΝΕ, ως πρόεδρο και δύο (2) Στρατιωτικούς Ιατρούς της ίδιας Φρουράς, ως μέλη.

β. Π.Ε. Καβάλας

Από Υγειονομικό Αξιωματικό της ΖΕ/ΧΧ ΤΘΜ ως πρόεδρο και δύο από τους Ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Επιτροπής του Νομού Καβάλας, ως μέλη.

γ. Π.Ε. Ξάνθης

Από έναν (1) Ανώτερο Στρατιωτικό Ιατρό του 212 ΚΙΧΝΕ ως πρόεδρο και δύο (2) Στρατιωτικούς Ιατρούς της Φρουράς, ως μέλη.

3. Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας

α. Π.Ε. Ημαθίας

Από Στρατιωτικό Ιατρό της ΖΕ/Ι ΜΕΡΑΡΧΙΑ ως πρόεδρο και δύο (2) Ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Επιτροπής Ν. Ημαθίας, ως μέλη.

β. Π.Ε. Θεσσαλονίκης

Από έναν (1) Αρχίατρο του 424 ΓΣΝΕ, ως πρόεδρο και δύο (2) Στρατιωτικούς Ιατρούς, από αυτούς που υπηρετούν στη φρουρά Θεσ/νίκης, ως μέλη.

γ. Π.Ε. Κιλκίς

Από Υγειονομικό Αξιωματικό της 71 Α/Μ ΤΥΠ ως πρόεδρο και δύο (2) Ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Επιτροπής Ν. Κιλκίς, ως μέλη.

4. Περιφέρεια Ηπείρου

α. Π.Ε. Ιωαννίνων

Από Στρατιωτικό Ιατρό του 8^{ου} ΤΥΠ ως πρόεδρο και δύο (2) Ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Επιτροπής Ν. Ιωαννίνων, ως μέλη.

5. Περιφέρεια Δυτικής Μακεδονίας

α. Π.Ε. Καστοριάς

Πρόεδρος από στρατιωτικό ιατρό της ΠΕ/15 ΣΠ και δύο (2) μέλη από Ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Επιτροπής Ν. Καστοριάς.

β. Π.Ε. Κοζάνης

Από έναν (1) Στρατιωτικό Ιατρό της ΠΕ/9^{ης} Μ/Π ΤΑΞΠΖ ως πρόεδρο και δύο (2) Ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Επιτροπής Ν. Κοζάνης, ως μέλη.

6. Περιφέρεια Θεσσαλίας

α. Π.Ε. Λάρισας

Από έναν (1) Ανώτερο Στρατιωτικό Ιατρό του 404 ΓΣΝ ως πρόεδρο και δύο (2) Στρατιωτικούς Ιατρούς του ίδιου Νοσοκομείου, ή από αυτούς που υπηρετούν στη Φρουρά, ως μέλη.

β. Π.Ε. Μαγνησίας

Από το Διοικητή του 32 ΤΥΠ/ΛΥΓ ως πρόεδρο και δύο (2) Ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Επιτροπής Ν. Μαγνησίας, ως μέλη.

γ. Π.Ε. Τρικάλων

Από Ιατρό της ΣΜΥ ως πρόεδρο και δύο (2) Ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Επιτροπής του Ν. Τρικάλων, ως μέλη.

7. Περιφέρεια Στερεάς Ελλάδας

α. Π.Ε. Βοιωτίας

Από Υγειονομικό Αξιωματικό του ΚΕΠΒ ως πρόεδρο και δύο (2) Ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής επιτροπής Ν. Βοιωτίας, ως μέλη.

β. Π.Ε. Ευβοίας

Από Υγειονομικό Αξιωματικό της Σχολής Πεζικού ως πρόεδρο και δύο (2) Ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Επιτροπής Ν. Εύβοιας, ως μέλη.

γ. Π.Ε. Φθιώτιδας

Από Στρατιωτικό Ιατρό του ΚΕΥΠ ως πρόεδρο και δύο (2) Ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Επιτροπής του Ν. Φθιώτιδας, ως μέλη.

8. Περιφέρεια Πελοποννήσου

α. Π.Ε. Αργολίδας

Από Υγειονομικό Αξιωματικό του ΚΕΜΧ ως πρόεδρο και δύο (2) Ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Επιτροπής ΝΔ 751/70 Νομού Αργολίδας, ως μέλη.

β. Π.Ε. Αρκαδίας

Από έναν (1) Ανώτερο Στρατιωτικό Ιατρό του 411 ΓΣΝ ως πρόεδρο και δύο (2) Στρατιωτικούς Ιατρούς του ίδιου Νοσοκομείου, ή από αυτούς που υπηρετούν στη φρουρά της έδρας τούτου, ως μέλη.

γ. Π.Ε. Κορινθίας

Από Υγειονομικό Αξιωματικό της ΣΜΧ ως πρόεδρο και δύο (2) Ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Επιτροπής Ν. Κορινθίας, ως μέλη.

δ. Π.Ε. Λακωνίας

Από έναν (1) Στρατιωτικό Ιατρό του ΚΕΕΜ ως πρόεδρο και δύο (2) ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Επιτροπής Ν. Λακωνίας, ως μέλη.

9. Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας

Π.Ε. Αχαΐας

Από Υγειονομικό Αξιωματικό του ΚΕΤΧ ως πρόεδρο και δύο (2) Ιατρούς, ένας (1) ο Μόνιμος Ιατρός της Ελληνικής Αστυνομίας, που υπηρετεί εκεί και ένας (1) από τους Ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Επιτροπής του Νομού Αχαΐας, ως μέλη.

10. Περιφέρεια Βορείου Αιγαίου

α. Π.Ε. Λέσβου

Από το Διοικητή του 98 ΤΥΕΘ ως πρόεδρο και δύο (2) Στρατιωτικούς Ιατρούς από τους υπηρετούντες στη Φρουρά, ως μέλη.

β. Π.Ε. Λήμνου

Από το Διοικητή του 88 ΤΥΓ ως πρόεδρο, και δύο (2) Στρατιωτικούς Ιατρούς από τους υπηρετούντες στη φρουρά, ως μέλη.

γ. Π.Ε. Σάμου

Από το Δκτή του 79 ΤΥΕΘ ως πρόεδρο και δύο (2) Στρατιωτικούς Ιατρούς της φρουράς, με μέριμνα της 79 ΑΔΤΕ, ως μέλη. Η ίδια Υγειονομική Επιτροπή θα μεταβεί προς εξέταση των Αναπήρων Πολέμου στο Νησί Ικαρία και για χρονικό διάστημα, όχι μεγαλύτερο από τέσσερις (4) ημέρες.

δ. Π.Ε. Χίου

Από το Διοικητή του 96 ΤΥΕΘ ως πρόεδρο και δύο (2) Στρατιωτικούς Ιατρούς της Φρουράς Χίου, ως μέλη.

11. Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου

α. Π.Ε. Κω

Από το Δκτή του 80 ΤΥΕΘ, ως πρόεδρο και δύο (2) Ιατρούς, ένα (1) Στρατιωτικό Ιατρό από αυτούς που υπηρετούν στη Φρουρά, και έναν (1) Ιατρό της Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Επιτροπής Ν. Δωδεκανήσου, ως μέλη.

β. Π.Ε. Ρόδου

Από το Διοικητή του 95 ΤΥΕΘ ως πρόεδρο και δύο (2) Στρατιωτικούς Ιατρούς από αυτούς που υπηρετούν στη Φρουρά, ως μέλη.

12. Περιφέρεια Κρήτης

α. Π.Ε. Ρεθύμνης

Από Στρατιωτικό Ιατρό του 547 ΤΕΝ, ως πρόεδρο και δύο (2) Ιατρούς, ένας (1) ο Μόνιμος Ιατρός της Ελληνικής Αστυνομίας που υπηρετεί εκεί και ένας (1) από τους Ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Επιτροπής του Ν. Ρεθύμνης, ως μέλη.

β. Π.Ε. Χανίων

Από Ανώτερο Στρατιωτικό Ιατρό του Ν.Ν.Κ. ως πρόεδρο και δύο (2) εκ των υπηρετούντων ιατρών του Ν.Ν.Κ, ως μέλη.

Ακριβές Αντίγραφο

Σχης (ΠΖ-ΕΥ) Μιχαήλ Περδίου
Υποδιευθυντής

Μπακιρτζή Παρασκευή
ΜΥ/ΔΕ/ Α΄

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ «Β»
Στη Φ. 443.8/3/77695/Σ. 18594

Δικαιολογητικά Λουτροθεραπείας

Να υποβάλλουν κατά την προσέλευσή τους στις προαναφερθείσες Υγειονομικές Επιτροπές τα παρακάτω:

1. Οι Ανάπηροι και τα Θύματα:

- α. Αίτηση για έγκριση Λουτροθεραπείας, όπως **Υπόδειγμα “1” της Προσθήκης “1” του Παραρτήματος «ΣΤ».**
- β. Υπεύθυνη Δήλωση του Ν.1599/86, στην οποία ν' αναφέρουν ότι, δεν λαμβάνουν επίδομα Λουτροθεραπείας ή Αεροθεραπείας από άλλη πηγή.
- γ. Αντίγραφο Πράξης Κανονισμού Πολεμικής ή Στρατιωτικής Σύνταξης του Γενικού Λογιστηρίου του Κράτους ή του Ελεγκτικού Συνεδρίου.
- δ. Ενημερωτικό Σημείωμα Γενικού Λογιστηρίου του Κράτους του τελευταίου τριμήνου.

2. Οι Αξιωματικοί Πολεμικής Διαθεσιμότητας (ΠΔ):

- α. Αίτηση για έγκριση Λουτροθεραπείας, όπως **Υπόδειγμα “2” της Προσθήκης “2” του Παραρτήματος «ΣΤ».**
- β. Γνωμάτευση της Ανωτάτης Υγειονομικής Επιτροπής του Κλάδου στον οποίο ανήκουν (ΑΣΥΕ, ΑΝΥΕ, ΑΑΥΕ).
- γ. Αναλυτικό Φύλλο Μισθοδοσίας.
- δ. Υπεύθυνη δήλωση του Ν.1599/86, στην οποία ν' αναφέρουν ότι, **δεν λαμβάνουν** Επίδομα Λουτροθεραπείας ή Αεροθεραπείας από άλλη πηγή.

Ακριβές Αντίγραφο

Σχης (ΠΖ-ΕΥ) Μιχαήλ Περδίου
Υποδιευθυντής

Μπακιρτζή Παρασκευή
ΜΥ/ΔΕ/ Α΄

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ «Γ»
Στη Φ. 443.8/3/77695/Σ. 18594

Στοιχεία Υλοποίησης Λουτροθεραπείας

1. Κέντρα Λουτροθεραπείας θα συγκροτηθούν σύμφωνα με τα αποτελέσματα του διαγωνισμού που θα ακολουθήσει. Ενδεικτικά αναφέρονται οι πόλεις ΑΙΔΗΨΟΣ, ΜΕΘΑΝΑ, ΣΙΔΗΡΟΚΑΣΤΡΟ, ΙΚΑΡΙΑ, ΛΑΓΚΑΔΑΣ.

2. Οι λουτρικές περίοδοι θα είναι διάρκειας δέκα οκτώ (18) ημερών και ορίζονται όπως παρακάτω :

1η Λουτρική Περίοδος, από 25-6-2019 μέχρι 12-7-2019

2η Λουτρική Περίοδος, από 13-7-2019 μέχρι 30-7-2019

3η Λουτρική Περίοδος, από 31-7-2019 μέχρι 17-8-2019

4η Λουτρική Περίοδος, από 18-8-2019 μέχρι 4-9-2019

5η Λουτρική Περίοδος, από 5-9-2019 μέχρι 22-9-2019

3. Κατά την πρώτη και τελευταία λουτρική περίοδο υπάρχει μεγαλύτερη ευχέρεια εξυπηρέτησης των Αναπήρων που έχουν θεραπευαίνιδες.

4. Όσοι κριθούν από τις Επιτροπές ότι, έχουν ανάγκη Λουτροθεραπείας, θα κληθούν από το ΓΔΟΣΥ/ΔΕΠΑΘΑ, με ατομικές προσκλήσεις, στις οποίες θα καθορίζεται το Κέντρο Λουτροθεραπείας που θα μεταβούν και η ακριβής ημερομηνία παρουσίασής τους σ' αυτό.

5. Οι Ανάπηροι και τα Θύματα δεν θα γίνονται δεκτοί στα Κέντρα Λουτροθεραπείας, εφόσον δεν είναι εφοδιασμένοι με την ατομική τους πρόσκληση και τα Βιβλιάρια Υγειονομικής Περίθαλψης.

6. Όσοι εκ των προαναφερθέντων δεν προσέρχονται στα Κέντρα Λουτροθεραπείας κατά την καθοριζόμενη από την πρόσκλησή τους ημερομηνία, δεν θα γίνονται δεκτοί, εκτός εάν έχουν ειδικούς λόγους (ασθένεια κ.λ.π), που να πιστοποιείται από σχετική Ιατρική Βεβαίωση, ομοίως δεν θα γίνονται δεκτοί εάν μεταβούν σε άλλο Κ.Λ.ΑΠ, εκτός από το καθοριζόμενο στην πρόσκληση, την οποία έλαβαν.

7. Μέλη της οικογένειας Αναπήρων δεν θα γίνονται δεκτά στα Κ.Λ.ΑΠ, εκτός από τις Θεραπεινίδες, οι οποίες θα διαμένουν στα Κ.Λ.ΑΠ, θα σιτίζονται σε αυτά και θα δικαιούνται τα ίδια οδοιπορικά έξοδα με τους Αναπήρους Πολέμου, διότι εκτελούν διατεταγμένη υπηρεσία. Οι Θεραπεινίδες να φέρουν μαζί τους τις Υπηρεσιακές τους Ταυτότητες καθώς και την Απόφαση Πρόσληψής τους.

Ακριβές Αντίγραφο

Σχης (ΠΖ-ΕΥ) Μιχαήλ Περδίου
Υποδιευθυντής

Μπακιρτζή Παρασκευή
ΜΥ/ΔΕ/Α΄

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ «Δ»
Στη Φ. 443.8/3/77695/Σ. 18594

Λοιπές Οδηγίες

1. Όλα τα έξοδα Λουτροθεραπείας (στέγη, τροφή και οδοιπορικά) των Αναπήρων και Θεραπεινίδων, θα καταβάλλονται από την Υπηρεσία.

2. Η πληρωμή, των οδοιπορικών εξόδων, μετάβασης στα Κ.Λ.ΑΠ και επιστροφής, θα γίνεται με μέριμνα των Αναπήρων οι οποίοι θα αποστέλλουν ταχυδρομικά στη Μονάδα Εξυπηρέτησης Αναπήρων Πολέμου (ΜΕΑΠ Τηλ. 210 3411 929) στη διεύθυνση Πέτρου Ράλλη 2 Αθήνα, Ρουφ, ΤΚ 11855 τα κάτωθι δικαιολογητικά:

α. Αποδείξεις πληρωμής εισιτηρίων, για τα μεταφορικά μέσα **Δημοσίας χρήσης** (ΚΤΕΛ, ΟΣΕ κλπ.) που χρησιμοποιήθηκαν κατά τη μετάβαση από τον τόπο διαμονής προς το Κέντρο Λουτροθεραπείας και για την επιστροφή. Σε περίπτωση απώλειας των αποδείξεων πληρωμής εισιτηρίων ή μετακίνησης με ιδιωτικής χρήσης μεταφορικό μέσο θα υποβάλλονται επιπλέον τα εξής:

(1) Υπεύθυνη Δήλωση του Ν.1599/86 όπου θα αναγράφεται κατά περίπτωση, η απώλεια των παραστατικών ή ότι η κίνηση πραγματοποιήθηκε με ιδιωτικής χρήσης μεταφορικό μέσο καθώς και η διαδρομή της μετακίνησης από τον αρχικό τόπο διαμονής έως το Κέντρο Λουτροθεραπείας και η επιστροφή σε αυτόν.

(2) Βεβαίωση του οικείου συγκοινωνιακού μέσου, περί του ύψους της τιμής του εισιτηρίου της διαδρομής που κινήθηκε ο Ανάπηρος με ιδιωτικής χρήσεως όχημα.

β. Υπεύθυνη δήλωση όπου θα φαίνονται τα στοιχεία του επιθυμητού τραπεζικού λογαριασμού προς κατάθεση, τηλέφωνο επικοινωνίας καθώς και ευκρινή φωτοτυπία της πρώτης σελίδας τραπεζικού βιβλιαρίου όπου ο Ανάπηρος θα είναι ο πρώτος δικαιούχος του λογαριασμού και ο αριθμός του Τραπεζικού Λογαριασμού θα διακρίνεται. Σε περίπτωση που δεν διαθέτει βιβλιάριο θα αποστέλλεται παραστατικό που εκτυπώνεται από την Τράπεζα, στο οποίο αποτυπώνεται καθαρά ο αριθμός του λογαριασμού, τα στοιχεία των δικαιούχων και τα στοιχεία της Τράπεζας. Μετά τον έλεγχο των δικαιολογητικών η ΜΕΑΠ θα πιστώνει τους αντίστοιχους τραπεζικούς λογαριασμούς με το δικαιούμενο ποσό.

3. Η Εθνική Γενική Συνομοσπονδία Αναπήρων και Θυμάτων Πολέμου Ελλάδος (Ε.Γ.Σ.Θ.Α.ΠΕ), η Ομοσπονδία Αναπήρων Ειρηνικής Περιόδου, η Εθν. Εν. Πολ. Αξκών του Ν.362/43, ο Πανελλήνιος Σύλλογος Αναπήρων Δημοκρατικού Στρατού Ελλάδας (ΔΣΕ), η Πανελλήνια Ένωση Αναπήρων και Θυμάτων Πολέμου Αμάχου Πληθυσμού του Ν.812/43 (1940-49), ως και τα κατά τόπους Σωματεία και οι Ενώσεις αυτών, οφείλουν να συμμορφωθούν πλήρως με το περιεχόμενο των παραπάνω οδηγιών και για

..//..

αποφυγή ταλαιπωριών των Αναπήρων, να ειδοποιήσουν έγκαιρα τους ενδιαφερομένους για την εμπρόθεσμη παρουσίασή τους στις Υγειονομικές Επιτροπές, διότι στο παρελθόν παρουσιάσθηκαν Ανάπηροι, οι οποίοι δεν έλαβαν γνώση της σχετικής Εγκυκλίου, με τη δικαιολογία ότι δεν ενημερώθηκαν έγκαιρα ή καθόλου από τα Σωματεία ή τις Ενώσεις τους.

Ακριβές Αντίγραφο

Σχης (ΠΖ-ΕΥ) Μιχαήλ Περδίου
Υποδιευθυντής

Μπακιρτζή Παρασκευή
ΜΥ/ΔΕ/ Α΄

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ «Ε»
Στη Φ. 443.8/3/77695/Σ. 18594

Επίδομα και Δικαιολογητικά Καταβολής Επιδόματος Αεροθεραπείας

1. Δικαιούμενοι Επιδόματος Αεροθεραπείας είναι:

- α. Οι Ανάπηροι που αναφέρονται στην παρ. 2^α της παρούσης.
- β. Οι Πολιτικοί Συνταξιούχοι οι οποίοι έπαθαν πρόδηλα και αναμφισβήτητα εξαιτίας της πολιτικής τους υπηρεσίας, σύμφωνα με την υπ' αριθ. 754.6/117/3912/23-4-69 Απόφαση Υπουργείου Εθνικής Αμύνης.
- γ. Όσοι λαμβάνουν Επίδομα Φυματικού ή Νόσου Φυματιώδους Φύσης δικαιούνται το επίδομα Αεροθεραπείας, σύμφωνα με το Ν.4605/66, χωρίς να εξετάζονται από την αρμόδια Υγειονομική Επιτροπή.

2. Με το άρθρο 12 του Ν.3036/02 ορίζεται ότι, η εξέταση γίνεται κάθε δέκα (10) έτη. Για τη δεκαετία που διανύουμε έχουν υποβληθεί σ' αυτή την εξέταση κατά το έτος 2010. Κατ'εξαίρεση, όσοι ανάπηροι δεν μπόρεσαν να εξετασθούν από τις αρμόδιες Υγειονομικές Επιτροπές το έτος 2010 για οποιοδήποτε λόγο, μπορούν να εξετασθούν το έτος 2019.

3. Διευκρινίζεται ότι, δεν δικαιούνται Αεροθεραπείας οι Ανάπηροι για τους οποίους έχει εγκριθεί Λουτροθεραπεία με βάση την παρούσα.

4. Δικαιολογητικά-Τρόπος Καταβολής Επιδόματος Αεροθεραπείας

α. Το επίδομα Αεροθεραπείας, που θα εγκριθεί κατά το έτος 2019, θα καταβληθεί από το Υπουργείο Οικονομικών, όπως παρακάτω :

(1) Όσοι λαμβάνουν Επίδομα Φυματικού ή Νόσου Φυματιώδους Φύσης, με βάση την αρχική απόφαση της Α.Σ.Υ.Ε ότι έχουν πάρει επίδομα Φυματικού ή Νόσου Φυματιώδους Φύσης.

(2) Όσοι θα κριθούν από τις Υγ/κές Επιτροπές το έτος 2019.

(3) Όσοι θα κριθούν κατά το 2019, ως δικαιούχοι από τις Υγειονομικές Επιτροπές της παρούσας Εγκυκλίου, βάσει καταστάσεων, οι οποίες θα αποσταλούν από τη ΓΔΟΣΥ/ΔΕΠΑΟΑ στο Γενικό Λογιστήριο και θα ισχύουν μέχρι και το έτος 2019.

β. Οι Αξκοί (ΠΔ) θα λάβουν το επίδομα Αεροθεραπείας από τη Μονάδα που μισθοδοτούνται, αφού υποβάλλουν τη Γνωμάτευση της Υγειονομικής Επιτροπής του Νομού που τους ενέκρινε ότι, έχουν ανάγκη Αεροθεραπείας, ή Γνωμάτευση της Ανωτάτης Υγειονομικής Επιτροπής, του Κλάδου στον οποίο ανήκουν (Α.Σ.Υ.Ε, Α.Ν.Υ.Ε, Α.Α.Υ.Ε), εάν πάσχουν από Φυματίωση ή Νόσημα Φυματιώδους Φύσης.

γ. Οι δικαιούμενοι επιδόματος Αεροθεραπείας Ανάπηροι, πρέπει, κατά την προσέλευσή τους στις προαναφερθείσες Υγειονομικές Επιτροπές, να υποβάλουν τα δικαιολογητικά, που αναφέρονται **στο Παράρτημα**

E-1

“Β” του εγγράφου, πλην του προτιμητέου Κ.Λ.ΑΠ. Διευκρινίζεται επί του θέματος ότι, σε περίπτωση ασθένειας των, θα πρέπει να υλοποιηθούν τα αναγραφόμενα στην παράγραφο 3β του κυρίως εγγράφου.

Ακριβές Αντίγραφο

Σχης (ΠΖ-ΕΥ) Μιχαήλ Περδίου
Υποδιευθυντής

Μπακιρτζή Παρασκευή
ΜΥ/ΔΕ/ Α΄

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ «ΣΤ»
Στη Φ. 443.8/3/77695/Σ. 18594

Ενέργειες Υγειονομικών Επιτροπών

Οι Υγειονομικές Επιτροπές οφείλουν να δώσουν ιδιαίτερη προσοχή στα παρακάτω:

α. Επίδομα Αεροθεραπείας από τους Αναπήρους Ειρηνικής Περιόδου, **δικαιούνται** μόνο εκείνοι που η πάθησή τους για την οποία κατέστησαν Ανάπηροι, προήλθε φανερά και αναμφισβήτητα ένεκα της υπηρεσίας τους που υπάγονται στο ΝΔ 1370/44 και όχι εκείνοι, οι οποίοι έπαθαν και κατέστησαν Ανάπηροι κατά την υπηρεσία τους, αλλά όχι και ένεκα αυτής.

β. Κατά την εξέταση των υποψηφίων για Λουτροθεραπεία, να λαμβάνεται υπόψη η Γενική Κατάσταση της Υγείας τους και οι Χρόνιες Παθήσεις, οι οποίες αποτελούν μεν αντένδειξη για Λουτροθεραπεία, αλλά επιτρέπουν την λήψη Επιδόματος Αεροθεραπείας

γ. Για κάθε εξεταζόμενο Ανάπηρο να συντάσσεται ξεχωριστή γνωμάτευση από την Οικεία Υγειονομική Επιτροπή, στην οποία να συμπληρώνονται όλα τα στοιχεία του Αναπήρου ευανάγνωστα και για τους Αξιωματικούς να αναγράφεται και ο Νόμος στον οποίο υπάγονται και αν δικαιούνται ή όχι επιδόματος Αεροθεραπείας.

Οι Γνωματεύσεις να συντάσσονται σε ειδικά έντυπα (μπλόκ).

δ. Η εξέταση των Αναπήρων που δικαιούνται Αεροθεραπείας θα γίνει ταυτόχρονα με την εξέταση αυτών που δικαιούνται Λουτροθεραπείας, κατά το χρονικό διάστημα, από **26 Ιανουαρίου μέχρι 26 Μαρτίου 2019**.

ε. Μέχρι την **6 Απριλίου 2019** το αργότερο, πρέπει να έχουν περιέλθει στην ΓΔΟΣΥ/ΔΕΠΑΘΑ τα παρακάτω :

(1) Όλα τα στελέχη των Γνωματεύσεων.

(2) Όλα τα δικαιολογητικά των Αναπήρων και Θυμάτων που εξετάστηκαν.

(3) Καταστάσεις Αεροθεραπείας, στις οποίες θα συμπεριλαμβάνονται οι εγκριθέντες από την Υγειονομική Επιτροπή Ανάπηροι, συμπληρωμένες εις διπλούν, με κεφαλαία γράμματα και θα αναγράφεται ο Αύξοντας Αριθμός, ο Αριθμός Μητρώου Σύνταξης, Επώνυμο κατ' αλφαβητική σειρά, Όνομα, Πατρώνυμο, καθώς και ο Αριθμός Γνωμάτευσης, υπογεγραμμένες από τα μέλη της Επιτροπής, όπως **στο Υπόδειγμα “3” της Προσθήκης “3”**.

(4) Έγγραφο της Επιτροπής, με το οποίο θα μας διαβιβάζονται τα παραπάνω.

στ. Διευκρινίζεται ότι το στέλεχος της Γνωμάτευσης θα τηρείται από την Επιτροπή και η Γνωμάτευση να παραδίδεται στον ενδιαφερόμενο μετά την εξέτασή του.

ζ. Προς διευκόλυνση του όλου έργου της εξέτασης των Αναπήρων και Θυμάτων, για την παροχή Λουτροθεραπείας στους δικαιούχους, με μέριμνα των Προέδρων των Επιτροπών να υλοποιηθούν τα παρακάτω:

ΣΤ-1

(1) Υγειονομική Εξέταση για την εξεύρεση καταλλήλων χώρων υποδοχής και εξέτασης των προσερχόμενων.

(2) Οι γνωματεύσεις της Επιτροπής, να αριθμούνται κατά Περιφερειακή Ενότητα (από τον αριθμό 1 και επάνω σ' αυτές να αναγράφεται η ένδειξη "**ΕΓΚΡΙΝΕΤΑΙ**" ή η ένδειξη "**ΑΠΟΡΡΙΠΤΕΤΑΙ**").

(3) Οι καταστάσεις Λουτροθεραπείας των εγκριθέντων Αναπήρων και Θυμάτων, που προβλέπονται στην παράγραφο 4στ(1) του παρόντος εγγράφου, να είναι συμπληρωμένες εις διπλούν, όπως **στο Υπόδειγμα "4" της Προθήκης "4"** και υπογεγραμμένες από τα μέλη της Επιτροπής.

(4) Διευκρινίζεται ότι οι Αξιωματικοί Πολεμικής Διαθεσιμότητας πρέπει να συμπληρώνονται στις καταστάσεις Αεροθεραπείας, όπως **στο Υπόδειγμα "5" της Προσθήκης "5"**.

Ακριβές Αντίγραφο

Σχης (ΠΖ-ΕΥ) Μιχαήλ Πεردίου
Υποδιευθυντής

Μπακιρτζή Παρασκευή
ΜΥ/ΔΕ/ Α΄

ΠΡΟΣΘΗΚΕΣ

"1". Υπόδειγμα "1". Αίτηση Λουτροθεραπείας Αναπήρων και Θυμάτων.

"2". Υπόδειγμα "2". Αίτηση Λουτροθεραπείας Αξιωματικών Π.Δ.

"3". Υπόδειγμα "3". Καταστάσεις Αεροθεραπείας.

"4". Υπόδειγμα "4". Καταστάσεις Λουτροθεραπείας των Εγκριθέντων Αναπήρων και Θυμάτων

"5". Υπόδειγμα "5". Καταστάσεις Αεροθεραπείας Αξιωματικών Π.Δ.

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΘΝΙΚΗΣ ΑΜΥΝΑΣ
ΓΔΟΣΥ/ΔΕΠΑΘΑ/Τμ. ΑΘΠ/
Γρ.Υγειονομικού
Αθήνα, 24 Οκτ 18

ΠΡΟΘΗΚΗ “1” στο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ «ΣΤ»
Στη Φ. 443.8/3/77695/Σ. 18594

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ “1”.
(ΑΙΤΗΣΗ ΛΟΥΤΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΑΝΑΠΗΡΩΝ και ΘΥΜΑΤΩΝ)

ΑΙΤΗΣΗ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Επώνυμο:

Όνομα:

Όνομα Πατρός:

Ανάπηρος ή Θύμα:

Αριθμός Μητρώου:

Κάτοικος:

Οδός:

Αριθμός:

ΤΚ:

Τηλέφωνο:

Θεραπαινίδα: Μετά ή άνευ

Δγή πρόσληψης Θεραπαινίδας:

.....

(Οι Έχοντες Διορισμένη Θεραπαινίδα, από
ΓΔΘΣΥ/ΔΕΠΑΘΑ/Τμ.ΑΘΠ/Γρ.Υγ/κού)

ΠΡΟΣ
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ

ΑΝΑΠΗΡΩΝ ή ΘΥΜΑΤΩΝ
ΝΟΜΟΥ

Σας υποβάλλω τα συνημμένα
δικαιολογητικά και παρακαλώ να
εγκρίνετε τη μετάβασή μου για
Λουτροθεραπεία.

Οι προτιμήσεις μου είναι:

1. ΚΛΑΠ..... σειρά....
2. ΚΛΑΠ..... σειρά....

Ο (Η)
Αιτ

Ακριβές Αντίγραφο

Ιωάννα Τογκαρίδου
ΜΥ/ΠΕ/Α΄

Μπακιρτζή Παρασκευή
ΜΥ/ΔΕ/ Α΄

ΣΤ-1-2

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΘΝΙΚΗΣ ΑΜΥΝΑΣ
ΓΔΟΣΥ/ΔΕΠΑΘΑ/Τμ. ΑΘΠ/
Γρ.Υγειονομικού
Αθήνα, 24 Οκτ 18

ΠΡΟΘΗΚΗ “2” στο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ «ΣΤ»
Στη Φ. 443.8/3/77695/Σ. 18594

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ “2”.
(ΑΙΤΗΣΗ ΛΟΥΤΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΑΞΚΩΝ Π.Δ.)

ΑΙΤΗΣΗ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Επώνυμο:

Όνομα:

Όνομα Πατρός:

Ανάπηρος ή Θύμα:

Αριθμός Μητρώου:

Βαθμός:

Κάτοικος:

Οδός:

Αριθμός:

ΤΚ:

Τηλέφωνο:

Θεραπαινίδα: Μετά ή άνευ

Δγή πρόσληψης Θεραπαινίδας:

.....

(Οι Έχοντες Διορισμένη Θεραπαινίδα, από
ΓΔΟΣΥ/ΔΕΠΑΘΑ/Τμ.ΑΘΠ/Γρ.Υγ/κού)

ΠΡΟΣ
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ

ΑΝΑΠΗΡΩΝ ή ΘΥΜΑΤΩΝ
ΝΟΜΟΥ

Σας υποβάλλω τα συνημμένα
δικαιολογητικά και παρακαλώ να
εγκρίνετε τη μετάβασή μου για
Λουτροθεραπεία.

Οι προτιμήσεις μου είναι:

1. ΚΛΑΠ..... σειρά...

2. ΚΛΑΠ..... σειρά...

Ο (Η)

Αιτ

Ακριβές Αντίγραφο

Ιωάννα Τογκαρίδου
ΜΥ/ΠΕ/Α΄

Μπακιρτζή Παρασκευή
ΜΥ/ΔΕ/ Α΄

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΕΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΕΤΟΥΣ 2.....

ΝΟΜΟΣ ...

*

Πλήθος Εγγραφών κατά Νομό

Α/Α	ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΣΥΝΤΑΞΗΣ	ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ	ΑΡ. ΓΝΩΜ/ΣΗΣ
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 0 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 0 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 0 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 0 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 0 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 0 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 0 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 0 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 0 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

• Να γραφούν οι εγκριθέντες ανάπηροι με **κεφαλαία** εις διπλούν

Ακριβές Αντίγραφο

Ιωάννα Τογκαρίδου
 ΜΥ - ΠΕ/Α

Παρασκευή Μπακιρτζή
 Μ.Υ. ΔΕ/Α

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΛΟΥΤΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Α/Α	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	Πατρώνυμο	Νομός	Αρ. Μητρώου Γ.Λ.Κ.	Κέντρα Λουτροθεραπείας		ΤΟΠΟΣ ΤΩΡΙΝΗΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ				Αριθμός Γνωμάτευσης	Μετά Θεραπαινίδας
					Προτεραιότητα		Νομός	Πόλη	Οδός	Αριθμός		
					1η	2η						

Παρατηρήσεις

- Να γραφούν ευανάγνωστα εις διπλούν
- Να γραφούν απαραίτητα δύο λουτρικές περιόδοι και δύο κέντρα λουτροθεραπείας
- Όσοι έχουν διορισμένη θεραπαινίδα και επιθυμούν να συνοδεύονται από αυτή, να αναφέρεται στη κατάσταση "μετά θεραπαινίδας"

Ακριβές Αντίγραφο

Ιωάννα Τογκαρίδου
ΜΥ ΠΕ/Α

Παρασκευή Μπακιρτζή
Μ.Υ. ΔΕ/Α

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΕΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

(Συμπληρώνονται μόνο οι Αξικοί Π.Δ.)

Αύξων Αριθμός	Βαθμός Αξικού	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	Όνομα Πατέρα	Α.Μ.	Αριθμός Γνωμάτευσης	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

Ακριβές Αντίγραφο

Ιωάννα Τογκαρίδου
ΜΥ ΠΕ/Α

Παρασκευή Μπακιρτζή
Μ.Υ. ΔΕ/Α