

**ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΝΣΩΜΑΤΩΣΗΣ**

**ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ**

1430 ΛΕΥΚΩΣΙΑ



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ**

**ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ**

**ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΤΡΟΧΟΚΑΘΙΣΜΑΤΟΣ ΜΕ ΔΑΝΕΙΣΜΟ**

**Α. Στοιχεία αιτητή:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Όνομα:  ……………………….. | Επώνυμο:  ………………………………… | Αρ. Δελτίου Ταυτότητας:  ……………………………. |
| Ημερομηνία Γέννησης  ……………………… | Υπηκοότητα:  ……………………………….. | Επάγγελμα  …………………………….. |
| Οδός/Αριθμός:  ………………………… | Δήμος/Κοινότητα:  ………………………………… | Ταχυδρ. Κώδικας:  ……………………………. |
| Τηλ. Οικίας:  ………………………… | Κινητό Τηλ.:  ………………………………. | Αρ. Φαξ:  ……………………………. |
| Υπεύθυνο Άτομο/Κηδεμόνας  …………………………………… |  |  |

**Β. Να συμπληρωθεί από το θεράποντα ιατρό ή φυσιοθεραπευτή**

|  |
| --- |
| Παρακαλώ όπως παραχωρηθεί στον αναφερόμενο τροχοκάθισμα λόγω  …………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………………….  Αρ. Τηλ. Ιατρού ή Φυσιοθεραπευτή ………………………………….  ……………………………………………….  Υπογραφή Ιατρού ή Φυσιθεραπευτή |

Υπογραφή Αιτητή/Αιτήτριας …………………………….……….. Ημερομηνία ……/.…./……..

*Τμήμα Κοινωνικής Ενσωμάτωσης Ατόμων με Αναπηρίες, 1430 Λευκωσία.*

*Λεωφ. Αρχιεπισκόπου Μακαρίου ΙΙΙ, αρ. 67, Λατσιά. Τ.Θ. 12833, 2253 Λατσιά.*

*Τηλ. 22 815 015, Φαξ. 22 482 310, E-mail: info@dsid.mlsi.gov.cy, Ιστοσελίδα: www.mlsi.gov.cy/dsid*