

**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*