



ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑ:

Ημερομηνία:  
Αριθμός Απόφασης:**ΑΠΟΦΑΣΗ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗ**

Ο Διευθυντής του Υποκαταστήματος του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ αρμόδιος να κρίνει τη συνέχιση της χορήγησης ποσών που αφορούν συνταξιοδοτικές παροχές στον/στην ασφαλισμένο/-η με τα ακόλουθα στοιχεία:

Όνοματεπώνυμο:

Όνομα Πατέρα:

Α.Μ.Α.:

Όνομα Μητέρας:

Α.Μ.Κ.Α.:

Α.Φ.Μ.:

Έχοντας υπ' όψη:

α) Τις διατάξεις του άρθρου 55 του Ν. 4369/2016.

β) Τα στοιχεία της Υπηρεσίας, από τα οποία προκύπτει ότι έληξε/-αν η/οι συνταξιοδοτική/-ές παροχή/-ές που ελάμβανε ο/η ανωτέρω, ότι εκκρεμεί η έκδοση γνωμάτευσης από τις Υγειονομικές Επιτροπές ΚΕ.Π.Α. για την παράταση της χορήγησης αυτής/-ών της/των παροχής/-ών χωρίς υπαιτιότητά του/της και ότι συντρέχει λόγος παράτασης της καταβολής του ποσού της/των συνταξιοδοτικής/-ών παροχής/-ών που έληξε/-αν για 6 μήνες κατ' ανώτατο όριο, σύμφωνα με τις προαναφερθείσες διατάξεις.

**ΑΠΟΦΑΣΙΖΕΙ**

**Να παρατείνει την καταβολή του ποσού της/των μηνιαίας/-ων παροχής/-ών που χορηγείτο/-ούνταν στον/στην ανωτέρω από το ΕΤΕΑ κατά την τελευταία πληρωμή πριν από τη λήξη του δικαιώματος, από μέχρι και πάντως όχι αργότερα από την ημερομηνία αναγγελίας της παράτασης του δικαιώματος μετά την έκδοση σχετικής απόφασης Διευθυντή. Το χορηγούμενο ποσό υπόκειται στις νόμιμες κρατήσεις.**

**ΕΠΙΦΥΛΑΣΣΕΤΑΙ**

3. **Ως προς την έκδοση απόφασης παράτασης της/των παροχής/-ών που έληξε/-αν, μετά την έκδοση οριστικής γνωμάτευσης των υγειονομικών επιτροπών ΚΕ.Π.Α. και ως προς τον συμψηφισμό των ποσών που χορηγούνται με την απόφαση αυτή.**
4. **Ως προς την αναζήτηση των αχρεωστήτως καταβληθεισών παροχών, οι οποίες θα αναζητηθούν άτοκα, είτε διά συμψηφισμού, με μηνιαία παρακράτηση σε ποσοστό 20% από την καταβαλλόμενη συνταξιοδοτική παροχή, είτε σύμφωνα με τις διατάξεις του Κ.Ε.Δ.Ε., εάν δεν καταβάλλεται παροχή, εφόσον, μετά την οριστική γνωμάτευση των υγειονομικών επιτροπών ΚΕ.Π.Α. κριθεί, κατά περίπτωση, ότι:**
  - α) ο/η ασφαλισμένος/-η φέρει **μικρότερο ποσοστό αναπηρίας** από εκείνο με βάση το οποίο του/της χορηγούνται ποσά με την παρούσα απόφαση,
  - β) ο/η ασφαλισμένος/-η **δεν φέρει συντάξιμο ποσοστό αναπηρίας** (κάτω του 50%),
  - γ) ο/η **ασφαλισμένος/-η δεν δικαιούται την/τις παροχή/-ές που χορηγήθηκαν με την απόφαση αυτή.**

Ο/Η ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ

Ο/Η ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ/-Η

Ο/Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ/-ΝΤΡΙΑ

**ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:**

3. ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΟ/Η:
4. ΤΜΗΜΑ ΠΛΗΡΩΜΩΝ: