



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 3^{ης} Υ.ΠΕ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΖΑΝΗΣ
«ΜΑΜΑΤΣΕΙΟ»**

**ΚΟΖΑΝΗ 2-4-2019
Αριθμ.πρωτ.: 11**

Το ΔΣ του Ιδρύματος «Κληροδότημα Μέριμνα για τον άρρωστο ο Άγιος Ευθύμιος»

ΔΙΑΚΗΡΥΣΣΕΙ

Την οικονομική ενίσχυση, κάλυψη δαπανών που δεν μπορούν να καλυφθούν από Δημόσιο Φορέα αλλά και αποδείξεις παροχής υπηρεσιών από ιδιώτες εφόσον οι ιατρικές θα δαπάνες που αυτές αφορούν δεν μπορούν πραγματοποιηθούν σε Δημόσιο Φορέα.

Α) Δικαιούμενοι της οικονομικής ενίσχυσης είναι :

1. Παιδιά έφηβοι και ενήλικοι άρρωστοι από το Νομό Κοζάνης και από του γειτονικούς Νομούς και τα προτεραιότητα από το Νομό Κοζάνης, τα οποία είναι οικονομικά αδύναμα και έχουν απόλυτη ανάγκη για θεραπεία στο εσωτερικό ή επιβάλλεται να μεταβούν στο εξωτερικό για θεραπεία.
2. Επιλογή δικαιούμενων της οικονομικής ενίσχυσης γίνεται από το ΔΣ του Ιδρύματος.
3. Το ποσό της οικονομικής ενίσχυσης για κάθε άρρωστο θα καθορίζεται από το Διοικητικό Συμβούλιο του ιδρύματος και θα είναι ανάλογο με τις ανάγκες του αρρώστου και τα συνολικά καθαρά έσοδα της περιουσίας του Ιδρύματος.

Β) Όσοι από τους ανωτέρω δικαιούχους ενδιαφέρονται, οφείλουν να προσκομίσουν στην Γραμματεία του Ιδρύματος τα κάτωθι δικαιολογητικά:

- 1) Αίτηση του ενδιαφερόμενου συνοδευόμενη από αντίστοιχα παραστατικά (τιμολόγια, αποδείξεις παροχής ιατρικών υπηρεσιών)
- 2) Φωτοτυπία ταυτότητας
- 3) Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης
- 4) Ιατρική Γνωμάτευση από Δημόσιο Φορέα για το είδος της ασθένειας.
- 5) Βεβαίωση από τον αρμόδιο φορέα Υγείας ότι οι εξετάσεις δεν μπορούν να πραγματοποιηθούν σε αυτόν
- 6) Υπεύθυνη δήλωση ότι δεν έχουν ιδιωτική ασφάλιση
- 7) Σχετική βεβαίωση οικονομικής αδυναμίας του Εφημέριου της ενορίας
- 8) Δήλωση Ε9, Ε1 και ΕΝΦΙΑ
- 9) Σχετική βεβαίωση οικονομικής αδυναμίας από την αρμόδια Νομαρχιακή Υπηρεσία Κοινωνικής Πρόνοιας.

Γ) Το συνολικό ποσό που θα διατεθεί το έτος 2019 για ενίσχυση ασθενών για θεραπεία θα είναι 30.000€ το οποίο θα διανεμηθεί κατά περίπτωση ενδιαφερομένου.

Δ) Οι ενδιαφερόμενοι καλούνται να υποβάλλουν μέχρι του τέλος του έτους 2019 τα ανωτέρω δικαιολογητικά στην γραμματεία του Ιδρύματος Τηλέφωνο 2461352627.

Ε) Το Διοικητικό Συμβούλιο του Ιδρύματος αφού εξετάσει κάθε αίτηση των δικαιούχων ξεχωριστά καθώς και τα δικαιολογητικά που την συνοδεύουν, θα εκδίδει αιτιολογημένη απόφαση με την οποία θα δικαιολογεί την πληρωμή των δαπανών των δικαιούχων ή όχι. Η απόφαση του ΔΣ του Ιδρύματος θα κοινοποιείται στον ενδιαφερόμενο, με αποδεικτό επίδοσης ενώ θα αποστέλλονται μαζί με όλα τα δικαιολογητικά και τα στοιχεία στο Κέντρο Κοινωνικής Πρόνοιας Περιφέρειας Δυτικής

Μακεδονίας, αρ.56 ν.4182/2013 και στην Δ/ση Κοινοφελών Περιουσιών της Αποκ. Δ/σης Ηπείρου- Δυτ. Μακεδονίας καθώς. Σχετική ένστασή του ενδιαφερομένου κατά την απόφαση του ΔΣ Ιδρύματος κατατίθεται στην γραμματεία του Ιδρύματος, το οποίο διαβιβάζει την ένσταση στο Κέντρο Κοινωνικής Πρόνοιας, Περιφέρειας Δυτικής Μακεδονίας και το οποίο στην συνέχεια θα διαβιβάζει όλα τα παραπάνω μαζί με την παρατηρήσεις του στην Δ/ση Κοινοφελών Περιουσιών της Αποκ/νης Δ/σης Ηπείρου – Δυτ. Μακεδονίας προς έγκριση.

- ΣΤ)** Η παρούσα θα αναρτηθεί μετά την έγκριση του Κέντρου Κοινωνικής Πρόνοιας, Περιφέρειας Δυτικής Μακεδονίας και της Δ/σης Κοινοφελών Περιουσιών της Αποκ/νης Δ/σης Ηπείρου – Δυτ. Μακεδονίας, στην ιστοσελίδα της Αποκ/νης Δ/σης Ηπείρου – Δυτ. Μακεδονίας, στην επίσημη ιστοσελίδα του Νοσοκομείου Κοζάνης, θα τοιχοκολληθεί στο Νοσοκομείο και στον Δήμο, η περίληψη αυτής θα δημοσιευθεί σε μία εφημερίδα πανελλαδικής εμβέλειας.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ



ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΧΙΩΤΙΔΗΣ