

Ε.Ε. Παρ. ΙΙΙ(Ι)
Αρ. 6053, 16.10.2026

Κ.Δ.Π. 373/2026

Αριθμός 373

Ο ΠΕΡΙ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ, ΣΥΜΠΕΡΙΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗΣ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ
ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ ΝΟΜΟΣ ΤΟΥ 2026

Γνωστοποίηση σύμφωνα με τα άρθρα 12 και 14

- 96(Ι) του 2026 Η Αναπληρώτρια Διευθύντρια του Τμήματος Κοινωνικής Ενσωμάτωσης Ατόμων με Αναπηρίες ασκώντας τις εξουσίες που της παρέχονται σύμφωνα με τα άρθρα 12 και 14 του περί της Κοινωνικής Συμμετοχής, Συμπερίληψης και Ανεξάρτητης Διαβίωσης Ατόμων με Αναπηρίες Νόμου γνωστοποιεί τα ακόλουθα:
- Έντυπο Αίτησης για Επίδομα Υποστηρικτικών Αναλωσίμων Ατόμων με Αναπηρίες. 1. Στο Παράρτημα 1, το Έντυπο Αίτησης για Επίδομα Υποστηρικτικών Αναλωσίμων Ατόμων με Αναπηρίες.
- Έντυπο Απόφασης για Επίδομα Υποστηρικτικών Αναλωσίμων Ατόμων με Αναπηρίες. 2. Στο Παράρτημα 2, το Έντυπο Απόφασης για Επίδομα Υποστηρικτικών Αναλωσίμων Ατόμων με Αναπηρίες.
- Έντυπο Αίτησης για Επίδομα Συμμετοχής Ατόμων με Αναπηρίες σε Κέντρο Ημέρας. 3. Στο Παράρτημα 3, το Έντυπο Αίτησης για Επίδομα Συμμετοχής Ατόμων με Αναπηρίες σε Κέντρο Ημέρας.
- Έντυπο Απόφασης για Επίδομα Συμμετοχής Ατόμων με Αναπηρίες σε Κέντρο Ημέρας. 4. Στο Παράρτημα 4, το Έντυπο Απόφασης για Επίδομα Συμμετοχής Ατόμων με Αναπηρίες σε Κέντρο Ημέρας.

Έγινε στις 16 Οκτωβρίου 2026.

ΧΡΙΣΤΙΝΑ ΦΛΟΥΡΕΝΤΖΟΥ – ΚΑΚΟΥΡΗ,
Αν. Διευθύντρια Τμήματος
Κοινωνικής Ενσωμάτωσης Ατόμων με Αναπηρίες.



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΦΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΝΣΩΜΑΤΩΣΗΣ
ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ

Παράρτημα 1

ΤΚΕΑΑ 4

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΠΙΔΟΜΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΩΝ ΑΝΑΛΩΣΙΜΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ

(πριν συμπληρώσετε την αίτηση παρακαλείσθε να μελετήσετε τις συνημμένες πληροφορίες)

Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ:

1. Όνομα:.....	2. Επώνυμο:.....
3. Αρ. Ταυτότητας:.....	4. Αρ. Κοιν. Ασφαλίσεων:.....
5. Ημερ. Γέννησης:.....	6. Υπηκοότητα:.....
7. Διεύθυνση:.....	8. Δήμος/Κοινότητα:.....
9. Ταχυδρ. Κώδικας:.....	10. Τηλ. οικίας:.....
11. Τηλ. κινητό:.....	12. Τηλ. εργασίας:.....
13. Επάγγελμα:.....	14. Διαμονή σε Στέγη Ηλικιωμένων και Αναπήρων (κυκλώστε): ΝΑΙ / ΟΧΙ Εάν ναι να συμπληρωθεί το 15
15. Στοιχεία Στέγης Ηλικιωμένων και Αναπήρων: Όνομα Στέγης:..... Διεύθυνση: Τηλ.: Ονοματεπώνυμο Υπεύθυνου:	
16. Οικογενειακή Κατάσταση (κυκλώστε) : Έγγαμος/η Άγαμος/η Χήρος/α Διαζευγμένος/η	17. Ημερομηνία εμφάνισης της αναπηρίας:.....
18. Σύντομη περιγραφή της αναπηρίας:	

Β. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ / ΚΗΔΕΜΟΝΑ / ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ: (Να συμπληρωθεί μόνο σε περίπτωση αιτητή που δεν έχει συμπληρώσει το 18^ο έτος ηλικίας ή που έχει κηδεμόνα / διαχειριστή περιουσίας ή που η αναπηρία του δεν του επιτρέπει να υποβάλει προσωπικά την αίτηση)

1. Όνομα:.....	2. Επώνυμο:.....
3. Αρ. Ταυτότητας:.....	4. Επάγγελμα:.....
5. Ιδιότητα (συγγένεια / σχέση) ως προς τον αιτητή :	

.....
Ημερομηνία

.....
Υπογραφή αιτητή

Γ. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Ο αιτητής θα κληθεί σε αξιολόγηση αναπηρίας από το Κέντρο Αξιολόγησης Αναπηρίας του Τμήματος και θα πρέπει να συμπληρώσει Υπεύθυνη Δήλωση του, για τη συγκατάθεση του για τη διενέργεια της αξιολόγησης, για την γνησιότητα όλων των στοιχείων που υποβάλλει προς το Τμήμα, για την εξουσιοδότηση του προς το Τμήμα για επαλήθευση των στοιχείων, καθώς και για τη χρήση των προσωπικών του δεδομένων, για τους σκοπούς εξέτασης της αίτησης και διαχείρισης των κοινωνικών παροχών και υπηρεσιών προς τον δικαιούχο.

Με την έννοια «αξιολόγηση της αναπηρίας» εννοείται η αξιολόγηση που διενεργείται από Επιτροπή δύο ή περισσότερων ιατρών ή άλλων επαγγελματιών υγείας ή και άλλων ειδικών, με ειδικότητες άμεσα συνυφασμένες με την αναπηρία που αντιμετωπίζει ο αιτητής. Ο στόχος της αξιολόγησης της αναπηρίας είναι να πιστοποιήσει, να περιγράψει και να τεκμηριώσει την ύπαρξη της αναπηρίας και του βαθμού της και να γνωματεύσει κατά πόσο τα δεδομένα της αναπηρίας του ατόμου ικανοποιούν τα κριτήρια και προϋποθέσεις για το Επίδομα Υποστηρικτικών Αναλωσίμων Ατόμων με Αναπηρίες, που καθορίζει ο περί Κοινωνικής Συμμετοχής, Συμπερίληψης και Ανεξάρτητης Διαβίωσης Ατόμων με Αναπηρίες Νόμος, Ν.96(Ι)/2026.

Δικαιούχοι του Επιδόματος Υποστηρικτικών Αναλωσίμων είναι άτομα με αναπηρίες, ηλικίας κατά την αίτηση τους, κάτω των 65 χρόνων, που έχουν ανάγκη, λόγω της αναπηρίας τους, πάνων ακράτειας.

Για την εξέταση της αίτησης **απαιτούνται:**

- **Πρόσφατη πρωτότυπη αναφορά θεράποντος ιατρού** (στο καθορισμένο έντυπο του Τμήματος)
Σε περίπτωση που έχετε ήδη προσκομίσει πρωτότυπη αναφορά θεράποντος ιατρού εντός του τελευταίου έτους και η κατάσταση σας δεν έχει διαφοροποιηθεί τότε δεν χρειάζεται να προσκομίσετε νέα αναφορά θεράποντος ιατρού.
- **Βεβαίωση από τον Προσωπικό ή άλλο θεράποντα Ιατρό** σας, για την απαιτούμενη συχνότητα χρήσης πάνων ακράτειας.
- **Κλινικές ή και Εργαστηριακές Εξετάσεις** (εάν υπάρχουν)
- **Εξιτήρια από Νοσηλευτικά Ιδρύματα** (εάν υπάρχουν)
- **Πρόσφατες αναφορές άλλων θεραπόντων επαγγελματιών ή συμβούλων για την κατάσταση αναπηρίας του αιτητή** (εάν υπάρχουν ή εάν ζητηθούν από το Τμήμα)
- **Πρωτότυπη Υπεύθυνη Δήλωση** (στο καθορισμένο έντυπο του Τμήματος)
- **Αντίγραφο Πιστοποιητικού γέννησης** (δεν απαιτείται, εάν έχει ήδη προσκομιστεί για προηγούμενη αίτηση προς το Τμήμα)
- **Αντίγραφο Δελτίου Ταυτότητας** (δεν απαιτείται, εάν έχει ήδη προσκομιστεί για προηγούμενη αίτηση προς το Τμήμα)
- **Για πολίτες κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης** να επισυναφθούν πιστοποιητικά τα οποία αποδεικνύουν την μόνιμη διαμονή στις ελεγχόμενες από την Κυπριακή Δημοκρατία περιοχές για τουλάχιστον 12 μήνες πριν την ημερομηνία υποβολής της αίτησης (όπως Πιστοποιητικό Εγγραφής ΜΕΥ1 ή ΜΕΥ3 μαζί με Λογαριασμούς Κοινής Ωφελείας ΑΗΚ ή Υδατοπρομήθειας, ή /και Λογαριασμού Σταθερού Τηλεφώνου ή/ και Κατάσταση Ασφαλιστέων Αποδοχών Κοινωνικών Ασφαλίσεων ή/και Χαρτοσημασμένο Ενοικιαστήριο Συμβόλαιο)
- **Για πολίτες του Ηνωμένου Βασιλείου** ισχύει ό,τι ακριβώς για τους πολίτες κρατών μελών της ΕΕ νοούμενου ότι διέμεναν πριν από τις 01/02/2020 στις ελεγχόμενες από την Κυπριακή Δημοκρατία περιοχές και συνεχίζουν να διαμένουν.
- **Για αναγνωρισμένους πρόσφυγες και κατόχους καθεστώτος συμπληρωματικής ή προσωρινής προστασίας** να επισυναφθούν είτε επιστολή της Υπηρεσίας Ασύλου με την οποία έχει παραχωρηθεί στον αιτητή το αναγνωρισμένο καθεστώς πρόσφυγα ή συμπληρωματικής ή προσωρινής προστασίας είτε Άδεια Παραμονής σε ισχύ του Τμήματος Αρχείου Πληθυσμού και Μετανάστευσης στην οποία να αναγράφεται το αναγνωρισμένο καθεστώς πρόσφυγα ή συμπληρωματικής ή προσωρινής προστασίας, καθώς επίσης και τον τελευταίο λογαριασμό κοινής ωφελείας (ΑΗΚ ή Υδατοπρομήθειας) ή /και Λογαριασμού Σταθερού Τηλεφώνου ή/και Χαρτοσημασμένο Ενοικιαστήριο Έγγραφο ή/και Αναλυτική Κατάσταση Ασφαλιστέων Αποδοχών Κοινωνικών Ασφαλίσεων

Οι συμπληρωμένες αιτήσεις μαζί με τα απαραίτητα πιστοποιητικά μπορούν:

Να παραδίδονται:	Τμήμα Κοινωνικής Ενσωμάτωσης Ατόμων με Αναπηρίες Λεωφ. Αρχιεπισκόπου Μακαρίου ΙΙΙ, αρ. 67, Λατσία ή Κέντρο Αξιολόγησης Αναπηρίας Λεμεσού Αποστόλου Ανδρέα 11, Hyper Tower, Καταστ. 1, 4007 Μέσα Γειτονιά, Λεμεσός ή Κέντρο Αξιολόγησης Αναπηρίας Λάρνακας Ακροπόλεως 25 & Χανίων, 7000 Μενεού, Λάρνακα
Να αποστέλλονται ταχυδρομικώς:	Τμήμα Κοινωνικής Ενσωμάτωσης Ατόμων με Αναπηρίες, 1430 Λευκωσία ή Τ.Θ. 12833, 2253 Λατσία ή Κέντρο Αξιολόγησης Αναπηρίας Λεμεσού, Τ.Θ. 70801, 3803 Λεμεσός ή Κέντρο Αξιολόγησης Αναπηρίας Λάρνακας, Τ.Θ. 43241, 7565 Κίτι, Λάρνακα



ΤΚΕΑΑ 4Α

Αρ. Φακ.:

Αρ. Τηλ.:

Ημερομηνία:

Όνομα Παραλήπτη:

Διεύθυνση Παραλήπτη:

Το έγγραφο αυτό περιέχει πληροφορίες που ενδείκνυται να τύχουν χειρισμού με βάση την αρχή της
Ανάγκης Γνώσης (Εγκύκλιος Τ.Δ.Δ.Πρ. αρ. 1575, ημερ. 24.5.2018)

Κυρία/Κύριε,

ΑΠΟΦΑΣΗ ΓΙΑ ΕΠΙΔΟΜΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΩΝ ΑΝΑΛΩΣΙΜΩΝ
ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ

στην περίπτωση έγκρισης

Έχω οδηγίες να αναφερθώ στην αίτησή σας με ημερομηνία για την παροχή του πιο πάνω επιδόματος και να σας πληροφορήσω ότι η αίτησή σας έχει εγκριθεί, αφού ικανοποιεί όλα τα κριτήρια και προϋποθέσεις του περί Κοινωνικής Συμμετοχής, Συμπερίληψης και Ανεξάρτητης Διαβίωσης Ατόμων με Αναπηρίες Νόμου, Ν.96(Ι)/2026.

2. Το ύψος του επιδόματος για το οποίο έχετε εγκριθεί ανέρχεται σε €..... μηνιαίως και θα ξεκινήσει να σας καταβάλλεται με αναδρομική ισχύ από την ημερομηνία παραλαβής της αίτησης σας, με τους πιο κάτω όρους και προϋποθέσεις:

(α)
(β)

ή στην περίπτωση απόρριψης

Έχω οδηγίες να αναφερθώ στην αίτησή σας με ημερομηνία για την παροχή του πιο πάνω επιδόματος και να σας πληροφορήσω ότι η αίτησή σας δεν έχει εγκριθεί, αφού δεν πληροί τα κριτήρια και προϋποθέσεις του περί Κοινωνικής Συμμετοχής, Συμπερίληψης και Ανεξάρτητης Διαβίωσης Ατόμων με Αναπηρίες Νόμου, Ν.96(Ι)/2026.

2. Συγκεκριμένα, οι λόγοι της απόρριψης είναι:

(α)
(β)

3. Ενημερώνεστε ότι έχετε το δικαίωμα, εντός δύο μηνών από την ημερομηνία της παρούσας επιστολής, να υποβάλετε Ιεραρχική Προσφυγή στην Υφυπουργό Κοινωνικής Πρόνοιας για την απόρριψη της αίτησης σας και να ζητήσετε επανεξέταση της αιτιολογώντας αναλυτικά τους λόγους διαφωνίας σας και προσκομίζοντας οποιαδήποτε νεότερα στοιχεία θεωρείτε χρήσιμα ή σας ζητηθούν.

Με εκτίμηση,

(.....)
για Αν. Διευθύντρια



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΦΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ



ΤΚΕΑΑ 5

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΝΣΩΜΑΤΩΣΗΣ
ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ**ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΠΙΔΟΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ ΣΕ ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ**

(πριν συμπληρώσετε την αίτηση παρακαλείσθε να μελετήσετε τις συνημμένες πληροφορίες)

Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ:

1. Όνομα:.....	2. Επώνυμο:.....
3. Αρ. Ταυτότητας:.....	4. Αρ. Κοιν. Ασφαλίσεων:.....
5. Ημερ. Γέννησης:.....	6. Υπηκοότητα:.....
7. Διεύθυνση:.....	8. Δήμος/Κοινότητα:.....
9. Ταχυδρ. Κώδικας:.....	10. Τηλ. οικίας:.....
11. Τηλ. κινητό:.....	12. Τηλ. εργασίας:.....
13. Επάγγελμα:.....	14. Διαμονή σε Στέγη Ηλικιωμένων και Αναπήρων (κυκλώστε): ΝΑΙ / ΟΧΙ Εάν ναι να συμπληρωθεί το 15
15. Στοιχεία Στέγης Ηλικιωμένων και Αναπήρων: Όνομα Στέγης:..... Διεύθυνση: Τηλ.: Ονοματεπώνυμο Υπεύθυνου:	
16. Οικογενειακή Κατάσταση (κυκλώστε) : Έγγαμος/η Άγαμος/η Χήρος/α Διαζευγμένος/η	17. Ημερομηνία εμφάνισης της αναπηρίας:.....
18. Σύντομη περιγραφή της αναπηρίας:	

Β. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ / ΚΗΔΕΜΟΝΑ / ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ: (Να συμπληρωθεί μόνο σε περίπτωση αιτητή που δεν έχει συμπληρώσει το 18^ο έτος ηλικίας ή που έχει κηδεμόνα / διαχειριστή περιουσίας ή που η αναπηρία του δεν του επιτρέπει να υποβάλει προσωπικά την αίτηση)

1. Όνομα:.....	2. Επώνυμο:.....
3. Αρ. Ταυτότητας:.....	4. Επάγγελμα:.....
5. Ιδιότητα (συγγένεια / σχέση) ως προς τον αιτητή :	

.....

Ημερομηνία

.....

Υπογραφή αιτητή

ΜΕΡΟΣ Γ: (συμπληρώνεται από τον Υπεύθυνο του Κέντρου Ημέρας)

1. Όνομα Κέντρου:.....	2. Αρ. Εγγραφής:.....
3. Ημερομηνία έναρξης συμμετοχής του αιτητή:	4. Όνομα Υπεύθυνου:.....
5. Διεύθυνση:.....	6. Δήμος/Κοινότητα:.....
7. Ταχυδρ. Κώδικας:.....	8. Τηλέφωνο:.....

Δηλώνω ότι το πιο πάνω άτομο με αναπηρία συμμετέχει στο Κέντρο Ημέρας μας και αναλαμβάνω να ενημερώσω το ΤΚΕΑΑ για οποιαδήποτε μελλοντική αλλαγή στη συμμετοχή του. Επιսυνάπτεται εξουσιοδότηση μας και IBAN, για κατευθείαν έμβασμα από το Τμήμα σας στο Κέντρο μας, του μηνιαίου Επιδόματος Συμμετοχής Ατόμων με Αναπηρίες σε Κέντρο Ημέρας, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.96(Ι)/2026.

.....

Ημερομηνία

.....

Υπογραφή Υπεύθυνου Κέντρου

Να παραδίδονται:	Τμήμα Κοινωνικής Ενσωμάτωσης Ατόμων με Αναπηρίες Λεωφ. Αρχιεπισκόπου Μακαρίου ΙΙΙ, αρ. 67, Λατσία ή Κέντρο Αξιολόγησης Αναπηρίας Λεμεσού Αποστόλου Ανδρέα 11, Hyper Tower, Καταστ. 1, 4007 Μέσα Γειτονιά, Λεμεσός ή Κέντρο Αξιολόγησης Αναπηρίας Λάρνακας Ακροπόλεως 25 & Χανίων, 7000 Μενεού, Λάρνακα
Να αποστέλλονται ταχυδρομικώς:	Τμήμα Κοινωνικής Ενσωμάτωσης Ατόμων με Αναπηρίες, 1430 Λευκωσία ή Τ.Θ. 12833, 2253 Λατσία ή Κέντρο Αξιολόγησης Αναπηρίας Λεμεσού, Τ.Θ. 70801, 3803 Λεμεσός ή Κέντρο Αξιολόγησης Αναπηρίας Λάρνακας, Τ.Θ. 43241, 7565 Κίτι, Λάρνακα



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΦΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΝΣΩΜΑΤΩΣΗΣ
ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ

ΤΚΕΑΑ 5Α

Αρ. Φακ.:
Αρ. Τηλ.:

Ημερομηνία:

Όνομα Παραλήπτη:
Διεύθυνση Παραλήπτη:

Το έγγραφο αυτό περιέχει πληροφορίες που ενδείκνυται να τύχουν χειρισμού με βάση την αρχή της Ανάγκης Γνώσης (Εγκύκλιος Τ.Δ.Δ.Πρ. αρ. 1575, ημερ. 24.5.2018)

Κυρία/Κύριε,

ΑΠΟΦΑΣΗ ΓΙΑ ΕΠΙΔΟΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ ΣΕ ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ

στην περίπτωση έγκρισης

Έχω οδηγίες να αναφερθώ στην αίτησή σας με ημερομηνία για την παροχή του πιο πάνω επιδόματος και να σας πληροφορήσω ότι η αίτησή σας έχει εγκριθεί, αφού ικανοποιεί όλα τα κριτήρια και προϋποθέσεις του περί Κοινωνικής Συμμετοχής, Συμπερίληψης και Ανεξάρτητης Διαβίωσης Ατόμων με Αναπηρίες Νόμου, Ν.96(Ι)/2026.

2. Το ύψος του επιδόματος για το οποίο έχετε εγκριθεί ανέρχεται σε €..... μηνιαίως και θα ξεκινήσει να καταβάλλεται με αναδρομική ισχύ από, ημερομηνία έναρξης της συμμετοχής σας στο Κέντρο Ημέρας, με τους πιο κάτω όρους και προϋποθέσεις:

(α) Το εν λόγω επίδομα θα καταβάλλεται σε τραπεζικό λογαριασμό του Κέντρου Ημέρας στο οποίο συμμετέχετε.

(β) Σε περίπτωση διακοπής της συμμετοχής σας στο συγκεκριμένο Κέντρο Ημέρας ή αλλαγής της συμμετοχής σας σε άλλο Κέντρο Ημέρας, θα πρέπει να μας ενημερώσετε σχετικά, ώστε να προβούμε σε κατάλληλες ενέργειες. Την ίδια υποχρέωση έχει και το Κέντρο Ημέρας, στο οποίο κοινοποιείται αντίγραφο της παρούσας επιστολής.

Κοινοποίηση: Κέντρο Ημέρας

ή στην περίπτωση απόρριψης

Έχω οδηγίες να αναφερθώ στην αίτησή σας με ημερομηνία για την παροχή του πιο πάνω επιδόματος και να σας πληροφορήσω ότι η αίτησή σας δεν έχει εγκριθεί, αφού δεν πληροί τα κριτήρια και προϋποθέσεις του περί Κοινωνικής Συμμετοχής, Συμπερίληψης και Ανεξάρτητης Διαβίωσης Ατόμων με Αναπηρίες Νόμου, Ν.96(Ι)/2026.

2. Συγκεκριμένα, οι λόγοι της απόρριψης είναι:

(α)
(β)

3. Ενημερώνετε ότι έχετε το δικαίωμα, εντός δύο μηνών από την ημερομηνία της παρούσας επιστολής, να υποβάλετε Ιεραρχική Προσφυγή στην Υφυπουργό Κοινωνικής Πρόνοιας για την απόρριψη της αίτησης σας και να ζητήσετε επανεξέταση της αιτιολογώντας αναλυτικά τους λόγους διαφωνίας σας και προσκομίζοντας οποιαδήποτε νεότερα στοιχεία θεωρείτε χρήσιμα ή σας ζητηθούν.

Με εκτίμηση,

(.....)
για Αν. Διευθύντρια