

ΕΝΤΥΠΟ ΟΔΗΓΙΩΝ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΗ ΕΚΤΑΚΤΗΣ ΕΝΙΣΧΥΣΗΣ ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 49 ΤΟΥ Ν.4690/2020

Παρέχονται οι ακόλουθες οδηγίες για την εφαρμογή της διάταξης του άρθρου 49 του ν.4690/2020 ειδικά ως προς τον καθορισμό δικαιούχων και την εφαρμοστέα διαδικασία προσδιορισμού τους:

Καθορισμός δικαιούχων της έκτακτης οικονομικής ενίσχυσης.

1. Ως δικαιούχοι της έκτακτης οικονομικής ενίσχυσης ορίζονται οι κάτωθι κατηγορίες προσωπικού (ιατρικό, νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς και βοηθητικό προσωπικό καθαρισμού) στις ακόλουθες κλινικές νοσοκομείων των ΔΥΠΕ αρμοδιότητάς σας:

Α) στις ΜΕΘ (Μονάδες Εντατικής Θεραπείας) των καθορισθέντων νοσοκομείων αναφοράς για περιστατικά Covid 19, δυνάμει της από 28.1.2020 απόφασης του ΚΕΣΥΠΕ, που όρισε τα νοσοκομεία αναφοράς για τη νοσηλεία ασθενών με Covid-19

Β) στις ΜΑΦ (Μονάδες Αυξημένης Φροντίδας) των καθορισθέντων νοσοκομείων αναφοράς για περιστατικά Covid 19, δυνάμει της από 28.1.2020 απόφασης του ΚΕΣΥΠΕ, που όρισε τα νοσοκομεία αναφοράς για τη νοσηλεία ασθενών με Covid-19

Γ) στις κλινικές νοσηλείας ασθενών νοσούντων από κορωνοϊό COVID-19 των καθορισθέντων νοσοκομείων αναφοράς για περιστατικά Covid 19, δυνάμει της από 28.1.2020 απόφασης του ΚΕΣΥΠΕ. Διευκρινίζεται ότι ως κλινικές νοσηλείας ασθενών νοσούντων από κορωνοϊό COVID-19, ορίζονται οι κλινικές των νοσοκομείων στις οποίες νοσηλεύονταν οι ασθενείς μετά την οριστική διάγνωσή τους ως περιστατικά Covid-19, χωρίς να συμπεριλαμβάνονται σε αυτές κλινικές στις οποίες ενδεχομένως εισήλθαν ή νοσηλεύτηκαν **πριν από τη διάγνωσή τους ως περιστατικά νοσηλείας Covid-19.**

2. Για την ένταξη των δικαιούχων στις ανωτέρω κατηγορίες δικαιούχων απαραίτητη και αναγκαία προϋπόθεση είναι σύμφωνα με την παρ. 2 του άρθρου 49 του ν.4690/2020 η μισθοδότησή τους για χρονικό διάστημα ενός μήνα (τουλάχιστον 30 ημερών) κανονικής υπηρεσίας από 25.2.2020 έως και 30.5.2020, ως υπηρετούντων στις οργανικές μονάδες νοσηλείας της παρ. 1.

Καθορισμός της διαδικασίας διαβίβασης στοιχείων από Νοσοκομεία σε ΔΥΠΕ και υποχρέωση ελέγχου.

1. Οι λίστες δικαιούχων συντάσσονται από τις αρμόδιες υπηρεσίες των νοσοκομείων με ευθύνη των διοικητών τους και με βάση τα α) προγράμματα υπηρεσίας νοσηλευτικού προσωπικού και β) προγράμματα υπηρεσίας ιατρικού προσωπικού (με τα έγγραφα περί εκτέλεσης αυτών), ως προς την τακτική ημερήσια απασχόλησή τους και διαβιβάζονται στην οικεία Δ.ΥΠε (μαζί με τα αντίγραφα των προγραμμάτων) προς τελικό έλεγχο, αναφορικά με την εφαρμογή των οδηγιών του παρόντος εγγράφου.
2. Οι λίστες δικαιούχων, όπως αποστέλλονται από τα νοσοκομεία και ελέγχονται από τις ΔΥΠ.ε περιλαμβάνουν τα ακόλουθα στοιχεία: ιδιότητα δικαιούχου (πχ. Ιατρού, νοσηλεύτη, προσωπικού καθαρισμού), μονάδα/κλινική ή τμήμα νοσούντων από κορωνοϊό όπου και απασχολήθηκε κατά το ανωτέρω χρονικό διάστημα, νοσοκομείο,
3. Μετά την ολοκλήρωση της σύνταξής τους και τη σχετική ενημέρωση των νοσοκομείων από τις ΔΥΠε όλες οι ανωτέρω κατηγορίες δικαιούχων θα κληθούν από τις αρμόδιες υπηρεσίες των νοσοκομείων και εντός αποκλειστικής προθεσμίας πέντε (5) ημερών να υπογράψουν **Έντυπο**

ατομικής βεβαίωσης παροχής συναίνεσης (ως Υπόδειγμα 1) για λήψη της οικονομικής ενίσχυσης του άρθρου 49 του ν.4690/2020

4. Μετά την παρέλευση του πενθημέρου για τη δήλωση της συναίνεσης από τους δικαιούχους κάθε νοσοκομείο αποστέλλει εκ νέου, **την ίδια λίστα δικαιούχων επικαιροποιημένη μόνο με με τους δικαιούχους που αποδέχθηκαν τη δωρεά,** συνοδευόμενη από το σύνολο επικυρωμένων αντιγράφων των πρωτοκολλημένων εντύπων συναίνεσης δικαιούχων.

(ως Υπόδειγμα 1)

Παροχή έκτακτης οικονομικής ενίσχυσης από το Κοινωνικό Ίδρυμα Σταύρος Νιάρχος

Ο/Η _____ κάτωθι _____ υπογραφών/ούσα _____ με ΑΦΜ _____, συναινώ να λάβω την έκτακτη οικονομική ενίσχυση προερχόμενη από δωρεά του κοινωνικού Ίδρυματος Σταύρος Νιάρχος (ΙΣΝ), όπως αυτή προβλέπεται από το Άρθρο 49 του Νόμου 4690/2020, για τις παρασχεθείσες εκ μέρους μου υπηρεσίες για την καταπολέμηση του κορωνοϊού COVID-19. Ειδικότερα, βεβαιώνω ότι εργάστηκα, με την ιδιότητα _____, στη/ο Μονάδα/ Κλινική/ Τμήμα _____ νοσούντων από κορωνοϊό COVID-19 του Νοσοκομείου _____, από τις ____ / ____ / 2020 έως _____.

Για την απευθείας μεταφορά του χρηματικού ποσού της ανωτέρω έκτακτης οικονομικής ενίσχυσης από το ΙΣΝ και μόνο προς το σκοπό της χρήσης τους άπαξ εκ μέρους του κοινωνικού Ίδρυματος, παρέχω τα κάτωθι στοιχεία τραπεζικού λογαριασμού, του οποίου βεβαιώνω ότι είμαι δικαιούχος/συν-δικαιούχος:

IBAN:

Τράπεζα:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:

ΥΠΟΓΡΑΦΗ:

Το ΙΣΝ, σε ένδειξη ευγνωμοσύνης για το πολύτιμο έργο που έχουν προσφέρει οι χιλιάδες εργαζόμενοι των ΜΕΘ και κλινικών αναφοράς για τον κορωνοϊό COVID-19, θα δημιουργήσει ειδική ευχαριστήρια ιστοσελίδα, έντυπο

υλικό αλλά και υλικό για τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης. Υπογράφοντας την παρούσα δήλωση, συναινώ στη δημοσιοποίηση του ονοματεπώνυμού μου για αυτόν αποκλειστικά τον σκοπό.

Εφόσον συναινείτε στη δημοσιοποίηση των στοιχείων σας, παρακαλείσθε όπως αποστείλετε φωτογραφία πορτρέτο στην ηλεκτρονική διεύθυνση του ΙΣΝ: frontline@snf.org