

(για υπηρεσιακή χρήση)
Αρ. Μητρώου:.....
Αρ. Αίτησης Μ.Σ.....



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



(Έντυπο ΕΕΕ.5)
Ημ. Παραλαβής:
.....

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΕΠΙΔΟΜΑΤΩΝ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

**ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΗ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ ΣΕ ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΥΣ ΜΕ ΧΑΜΗΛΑ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΑ Ή ΚΑΙ
ΕΛΑΧΙΣΤΟΥ ΕΓΓΥΗΜΕΝΟΥ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ**

Προτού συμπληρώσετε την αίτηση, διαβάστε προσεκτικά τις οδηγίες στο πίσω μέρος αυτής της σελίδας

Να συμπληρώσετε με ΚΕΦΑΛΑΙΑ γράμματα όσα στοιχεία εφαρμόζονται

ΜΕΡΟΣ 1

**ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΗ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ ΣΕ ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΥΣ ΜΕ ΧΑΜΗΛΑ
ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΑ Ή ΚΑΙ ΕΛΑΧΙΣΤΟΥ ΕΓΓΥΗΜΕΝΟΥ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ**

A	Δηλώστε αν διαμένετε στις περιοχές της Κυπριακής Δημοκρατίας που τελούν υπό τον αποτελεσματικό έλεγχο της Κυβέρνησης της Κυπριακής Δημοκρατίας και να έχετε κατά την αμέσως προηγούμενη περίοδο των πέντε (5) ετών που προηγείται της ημερομηνίας υποβολής της αίτησης, νόμιμη και συνεχή διαμονή στη Δημοκρατία. <u>(εξαιρουμένων των υπηκόων τρίτης χώρας με καθεστώς πρόσφυγα και συμπληρωματικής προστασίας)</u>	<input type="checkbox"/>
----------	--	--------------------------

**ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ
(Να μη συμπληρωθεί από τους αιτητές)**

Ελέγχθηκε και πληροί τις απαραίτητες προϋποθέσεις του ΜΕΡΟΥΣ 1 για υποβολή της αίτησης

Όνομα Λειτουργού

Υπογραφή Λειτουργού

ΥΠΟΒΟΛΗ ΑΙΤΗΣΕΩΝ

Οι συμπληρωμένες αιτήσεις μπορούν να παραδίδονται:

(α) στην Υπηρεσία Επιδομάτων Πρόνοιας, Θεμιστοκλή Δέρβη 46, 1066, Λευκωσία – τηλ. 22 054054, Φαξ: 22803048
(β) σε όλα τα ταχυδρομικά γραφεία ανά την Κύπρο

(γ) στα ακόλουθα Κέντρα Εξυπηρέτησης του Πολίτη (ΚΕΠ):

- (i) Λευκωσίας 1: Γεωργίου Σεφέρη, 2415 Έγκωμη, τηλ. 22 446686,
- (ii) Λευκωσίας 2: Λεωφ. Αρχ. Μακαρίου Γ' 36, τηλ. 22 419191
- (iii) Λεμεσού: Σπύρου Αραούζου 21, τηλ. 25 829129,
- (iv) Αμμοχώστου: Ελευθερίας 83, Δερύνεια, τηλ. 23 300300,
- (v) Λάρνακας: Λεωφ. Σπ.Κυπριάνου 42, τηλ. 24 815555,
- (vi) Πάφου: Ελευθερίου Βενιζέλου 62, τηλ. 26822400,
- (vii) Πόλης Χρυσοχούς: Ευαγόρα Παλληκαρίδη 1, τηλ. 26 821888,
- (viii) Πελενδρίου: Αρχιεπισκόπου Μακαρίου Γ' 70, τηλ. 25 813400.

Επίσης οι συμπληρωμένες αιτήσεις μπορούν να αποστέλλονται ταχυδρομικώς στη διεύθυνση:

Γενικό Διευθυντή
Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων,
Υπηρεσία Διαχείρισης Επιδομάτων Πρόνοιας
1489 Λευκωσία



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο

Το έργο συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο της ΕΕ



Διαρθρωτικά Ταμεία
της Ευρωπαϊκής Ένωσης στην Κύπρο

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΗ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΩΝ ΜΕ ΧΑΜΗΛΑ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΑ

Το Επίδομα παραχωρείται σύμφωνα με το Σχέδιο Ενίσχυσης των Συνταξιούχων με Χαμηλά Εισοδήματα που ενέκρινε το Υπουργικό Συμβούλιο με Απόφασή του.

1. Δικαιούχοι Επίδοματος

Νοικοκυριά με εισόδημα κάτω από το όριο της φτώχειας (βλ. παράγραφο 3 πιο κάτω), τα οποία διαμένουν σε περιοχές που βρίσκονται κάτω από τον έλεγχο της Κυπριακής Δημοκρατίας, με τουλάχιστον ένα συνταξιούχο, ανεξάρτητα από ηλικία, που λαμβάνει:

- σύνταξη από το Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ή/και
- Κοινωνική Σύναξη, ή/και
- σύνταξη από Επαγγελματικό Συνταξιοδοτικό Σχέδιο που εφαρμόζεται στην Κύπρο.

Ένα νοικοκυριό θεωρείται ότι έχει τη συνήθη διαμονή στην Κύπρο, όταν κατά την υποβολή της αίτησης έχει συμπληρωθεί ένας χρόνος από την εγκατάσταση των μελών του στις ελεγχόμενες από τη Δημοκρατία περιοχές της Κύπρου. Νοείται ότι αυτά δεν θα πρέπει να απουσιάζουν από την Κύπρο για συνεχή περίοδο πέραν των τριών μηνών εντός του ίδιου έτους.

2. Ορισμός Νοικοκυριού

Για σκοπούς παροχής του επιδόματος σε συνταξιούχους με χαμηλά εισοδήματα, νοικοκυριό θεωρούνται τα παρακάτω πρόσωπα, νοουμένου ότι διαμένουν κάτω από την ίδια στέγη:

- ο/η συνταξιούχος, ο/η σύζυγος/σύντροφος, άγαμα τέκνα ηλικίας κάτω των 18 ετών, άγαμα εξαρτώμενα τέκνα ηλικίας μεταξύ 18-23 ετών που είναι μαθητές ή φοιτητές, άγαμα εξαρτώμενα αγόρια ηλικίας μεταξύ 18-25 ετών που υπηρετούν τη στρατιωτική τους θητεία στην Εθνική Φρουρά, άγαμα εξαρτώμενα αγόρια φοιτητές ηλικίας μεταξύ 23-25 ετών για όσο χρονικό διάστημα έχουν υπηρετήσει στην Εθνική Φρουρά, άγαμα εξαρτώμενα παιδιά τα οποία στερούνται μόνιμα της ικανότητας για αυτοσυντήρηση ανεξάρτητα από ηλικία.

Στις περιπτώσεις κατά τις οποίες και οι δύο σύζυγοι είναι συνταξιούχοι αλλά είτε και οι δύο είτε μόνο ο ένας ζει σε Οίκο Ευγηρίας, θεωρούνται ως ξεχωριστά νοικοκυριά και θα πρέπει να υποβάλουν ξεχωριστές αιτήσεις.

Ξεχωριστά νοικοκυριά επίσης θεωρούνται και ορφανά, ανεξάρτητα από ηλικία, που διαμένουν σε ανάδοχες οικογένειες ή Ίδρυμα. **Ορφανά** που διαμένουν με γονέα ή ζουν κάτω από την ίδια στέγη, θεωρούνται ως ένα νοικοκυριό.

3. Εισοδήματα Νοικοκυριού

Ένα νοικοκυριό για να έχει δικαίωμα σε επίδομα, θα πρέπει να έχει ετήσιο εισόδημα κάτω από το όριο της φτώχειας, όπως αυτό ορίζεται και υπολογίζεται για διάφορες περιπτώσεις νοικοκυριών. Το όριο φτώχειας για ένα πρόσωπο ορίζεται με απόφαση του Υπουργικού Συμβουλίου και τα αντίστοιχα εισοδηματικά όρια για διάφορους τύπους νοικοκυριών αναφορικά με το τρέχον έτος μπορείτε να βρείτε σε σχετική ανακοίνωση που εκδίδει ως προς τούτο το Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Για τον υπολογισμό του εισοδήματος του νοικοκυριού, λαμβάνονται υπόψη τα εισοδήματα όλων των ατόμων, που αποτελούν το νοικοκυριό, τα οποία προέρχονται από:

- συντάξεις οποιασδήποτε μορφής και από οποιαδήποτε πηγή, εντός και εκτός Κύπρου, το Πασχαλινό επίδομα, απασχόληση μισθωτού ή αυτοτελώς εργαζομένου, εισπρακτέα ενοίκια, τόκους, μερίσματα, επιδόματα (Ορφάνιας, Ασθενείας, Ανεργίας, Μητρότητας, Σωματικής Βλάβης, Τέκνου, Φοιτητική Χορηγία), Ειδική μηνιαία σύνταξη Παθόντων.

Για όσους αποκτούν δικαίωμα σε σύνταξη κατά το έτος υποβολής της αίτησης θα ληφθούν υπόψη τα εισοδήματα, οι συντάξεις και τα λοιπά εισοδήματα του ίδιου έτους.

4. Το ύψος του επιδόματος καθορίζεται αφού ληφθούν υπόψη τα συνολικά εισοδήματα του νοικοκυριού, τα οποία αναφέρονται πιο πάνω. Τα νοικοκυριά των συνταξιούχων κατατάσσονται σε δέκα κατηγορίες με βάση το ύψος των εισοδημάτων τους και τον αριθμό των ατόμων του νοικοκυριού. Νοικοκυριό ενός ατόμου υπολογίζεται ως 1 μονάδα. Κάθε επιπρόσθετο εξαρτώμενο άτομο του νοικοκυριού άνω των 14 ετών θεωρείται ως 0,5 μονάδες και κάτω των 14 ετών ως 0,3 μονάδες. Αναλυτική επεξήγηση του τρόπου υπολογισμού του ύψους του επιδόματος καθώς και σχετικό παράδειγμα με βάση το όριο της φτώχειας μπορείτε να δείτε στη σχετική ανακοίνωση του Υπουργείου.

5. Αίτηση θα πρέπει να υποβάλουν μόνο νοικοκυριά μ' ένα τουλάχιστον συνταξιούχο, εφ' όσον πληρούν τα προβλεπόμενα από το Σχέδιο κριτήρια / προϋποθέσεις και δεν έχουν υποβάλει μέχρι τώρα αίτηση.

6. Για όσους συνταξιούχους υποβάλλουν για πρώτη φορά αίτηση για το επίδομα σε νοικοκυριά συνταξιούχων με χαμηλά εισοδήματα, το δικαίωμα σε επίδομα δεν θα αρχίζει πριν από την ημερομηνία υποβολής πλήρως και ορθώς συμπληρωμένης αίτησης. Περεταίρω, για όποια πρόσωπα κέκτηνται δικαιώματος σύνταξης για πρώτη φορά εντός του έτους υποβολής της αίτησης, τα ετήσια εισοδήματα που θα λαμβάνονται υπόψη θα υπολογίζονται με αναγωγή της μηνιαίας σύνταξης στο σύνολο του έτους.

7. Όλες οι πληροφορίες που αφορούν το επίδομα συνταξιούχων με χαμηλά εισοδήματα καθώς και τα έντυπα αιτήσεων είναι καταχωρημένα στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων στη διεύθυνση www.mlsi.gov.cy

ΜΕΡΟΣ 2

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ (να συμπληρωθεί ότι εφαρμόζεται)			
Αρ. Ταυτότητας	<input type="text"/>	Αρ. Κοιν. Ασφαλίσεων (ΑΚΑ)	<input type="text"/>
Αρ. Εγγρ. Αλλοδαπού (ARC)	<input type="text"/>		
Αρ. Ασφάλισης Ευρωπαϊού Πολίτη	<input type="text"/>	Χώρα Έκδοσης	<input type="text"/>
Αρ. ΦΠΑ	<input type="text"/>	Αρ. Φορολογικής Ταυτότητας	<input type="text"/>
Όνομα	<input type="text"/>		
Επίθετο	<input type="text"/>		
Ημερ. Γέννησης	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Ηλικία	<input type="text"/>
Ηλ. Ταχυδρομείο	<input type="text"/>		
Τηλέφωνο σταθερό	<input type="text"/>	Τηλέφωνο κινητό	<input type="text"/>
Άγαμος/η <input type="checkbox"/>	Έγγαμος/η <input type="checkbox"/>	Διαζευγμένος/η* <input type="checkbox"/>	Χήρος/α <input type="checkbox"/>
		Μονογονιός <input type="checkbox"/>	

*Σε περίπτωση διαζυγίου θα πρέπει να επισυναφθεί το διάταγμα λύσης του γάμου καθώς και το διάταγμα φύλαξης τέκνων, αναλόγως της περίπτωσης

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ			
Οδός	<input type="text"/>		
Αριθμός	Διαμ. <input type="text"/>	Όνομα Κτηρίου	<input type="text"/>
Δήμος / Κοινότητα	<input type="text"/>		
Ταχ. Κώδ.	<input type="text"/>	Επαρχία	<input type="text"/>
Ταχ. Θυρ.	<input type="text"/>	Ταχ. Κωδ.	<input type="text"/>

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΙΤΗΤΗ / ΑΙΤΗΤΡΙΑΣ (κατά την ημερομηνία υποβολής της αίτησης) Σημειώστε με <input checked="" type="checkbox"/> ό,τι εφαρμόζεται			
Αυτοτελώς εργαζόμενος	<input type="checkbox"/>	Άτομο με αναπηρία <u>Δηλώστε την αναπηρία για την οποία θα αξιολογηθείτε:</u>	
Εργοδοτούμενος/η με πλήρη απασχόληση	<input type="checkbox"/>	- Σωματική	<input type="checkbox"/>
Εργοδοτούμενος/η με μερική απασχόληση	<input type="checkbox"/>	- Πνευματική	<input type="checkbox"/>
Άνεργος/η εγγεγραμμένος/η στη Δημόσια Υπηρεσία Απασχόλησης	<input type="checkbox"/>	- Διανοητική	<input type="checkbox"/>
Συνταξιούχος με χαμηλά εισοδήματα	<input type="checkbox"/>	- Αισθητηριακή	<input type="checkbox"/>
<u>Υπήκοος Τρίτης Χώρας με:</u>			
- Καθεστώς συμπληρωματικής προστασίας	<input type="checkbox"/>	Πολίτης της Ευρωπαϊκής Ένωσης	<input type="checkbox"/>
- Καθεστώς αναγνωρισμένου πολιτικού πρόσφυγα	<input type="checkbox"/>		
- Καθεστώς επί μακρόν διαμένοντος στην Δημοκρατία	<input type="checkbox"/>	Άλλο _____	<input type="checkbox"/>

2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΖΥΓΟΥ (να συμπληρωθεί ότι εφαρμόζεται)

Αρ. Ταυτότητας	<input type="text"/>	Αρ. Κοιν. Ασφαλίσεων (ΑΚΑ)	<input type="text"/>
Αρ. Εγγρ. αλλοδαπού (ARC)	<input type="text"/>		
Αρ. Ασφάλισης Ευρωπαίου Πολίτη	<input type="text"/>	Χώρα Έκδοσης	<input type="text"/>
Αρ. ΦΠΑ	<input type="text"/>	Αρ. Φορολογικής Ταυτότητας	<input type="text"/>
Όνομα	<input type="text"/>		
Επίθετο	<input type="text"/>		
Ημερ. Γέννησης	<input type="text"/>	Ηλικία	<input type="text"/>
Τηλέφωνο σταθερό	<input type="text"/>	Τηλέφωνο κινητό	<input type="text"/>

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΥΖΥΓΟΥ

(κατά την ημερομηνία υποβολής της αίτησης)

Σημειώστε με ότι εφαρμόζεται

Αυτοτελώς εργαζόμενος	<input type="checkbox"/>	Άτομο με αναπηρία <u>Δηλώστε την αναπηρία για την οποία θα αξιολογηθείτε:</u>	
Εργοδοτούμενος/η με πλήρη απασχόληση	<input type="checkbox"/>	- Σωματική	<input type="checkbox"/>
Εργοδοτούμενος/η με μερική απασχόληση <u>Παρακαλώ δηλώστε το ωράριο εργασίας σας</u>	<input type="checkbox"/>	- Πνευματική	<input type="checkbox"/>
Άνεργος/η εγγεγραμμένος/η στη Δημόσια Υπηρεσία Απασχόλησης	<input type="checkbox"/>	- Διανοητική	<input type="checkbox"/>
Δηλώστε αν προτίθεστε, στους επόμενους τρεις μήνες, να υποβάλετε αίτηση για επίδομα ανεργίας	<input type="checkbox"/>	- Αισθητηριακή	<input type="checkbox"/>
Συνταξιούχος με χαμηλά εισοδήματα	<input type="checkbox"/>	Υπήκοος Τρίτης Χώρας με καθεστώς βάση του περὶ Αλλοδαπών και Μετανάστευσης Νόμο	<input type="checkbox"/>
Ανίκανος/η για εργασία	<input type="checkbox"/>	Πολίτης της Ευρωπαϊκής Ένωσης	<input type="checkbox"/>
		Άλλο _____	<input type="checkbox"/>

Παρακαλώ δηλώστε με αν ο/η σύζυγος διαμένει στην ίδια κατοικία μαζί σας

3. ΑΓΑΜΑ ΤΕΚΝΑ**3α. ΑΓΑΜΑ ΤΕΚΝΑ ΠΟΥ ΔΙΑΜΕΝΟΥΝ ΜΑΖΙ ΣΑΣ**

A/A	Αρ. Ταυτότητας ή αρ. εγγραφής αλλοδαπού (ARC)	Όνομα	Επίθετο	Ημερ. γέννησης	Κατάσταση (εργαζόμενος, φοιτητής, άνεργος άτομο με αναπηρία)
1				/ /	
2				/ /	
3				/ /	
4				/ /	

3β. ΑΓΑΜΑ ΤΕΚΝΑ ΠΟΥ ΔΕΝ ΔΙΑΜΕΝΟΥΝ ΜΑΖΙ ΣΑΣ

A/A	Αρ. Ταυτότητας ή αρ. εγγραφής αλλοδαπού (ARC)	Όνομα	Επίθετο	Ημερ. γέννησης	Κατάσταση (εργαζόμενος, φοιτητής, άνεργος άτομο με αναπηρία)
1				/ /	
2				/ /	
3				/ /	
4				/ /	

4. ΆΛΛΑ ΠΡΟΣΩΠΑ ΠΟΥ ΖΟΥΝ ΣΤΗΝ ΙΔΙΑ ΚΑΤΟΙΚΙΑ (εκτός από τα άγαμα τέκνα που αναφέρονται στο σημείο 3α)

A/A	Αρ. Ταυτότητας ή αρ. εγγραφής αλλοδαπού (ARC)	Όνομα	Επίθετο	Ημερ. γέννησης	Σχέση με αιτητή/τρια
1				/ /	
2				/ /	
3				/ /	
4				/ /	
5				/ /	

ΝΑ ΣΗΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΜΟΝΟ ΟΤΙ ΕΦΑΡΜΟΖΕΤΑΙ

5. ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΓΙΑ ΤΟ ΜΗΝΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΕΤΑΙ Η ΑΙΤΗΣΗ

Να δηλωθούν τα μηνιαία εισοδήματα που προέρχονται από την Κύπρο ή/και το εξωτερικό κατά την ημερομηνία που υποβάλλεται η αίτηση για τον αιτητή/τρια, τον/την σύζυγο και τα άγαμα τέκνα ηλικίας μέχρι 28 ετών:

Οποιαδήποτε εισοδήματα από Συντάξεις / επιδόματα / παροχές από το Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Ταμείο Αδειών, Επίδομα Τέκνου και Μονογονεϊκής Οικογένειας και ωφελήματα που λαμβάνονται δυνάμει του Περί Ανακουφίσεως Παθόντων Νόμου, θα λαμβάνονται υπόψη στον υπολογισμό του οικογενειακού εισοδήματος και θα υπολογίζονται με βάση τα στοιχεία που τηρούνται στα αρμόδια τμήματα και υπηρεσίες.

Μηνιαία Εισοδήματα		Αιτητή / Αιτήτριας	Συζύγου	Εξαρτώμενων Τέκνων		
Αρ. Ταυτότητας ή Αρ. Εγγραφής Αλλοδαπού τέκνου			.....	.....	.....	.....
1. <u>Εισόδημα από εργασία μισθωτού</u> (ακαθάριστες απολαβές) (Εάν το ποσό έχει διαφοροποιηθεί κατά της τελευταίους 6 μήνες, επισυνάψτε δικαιολογητικά και λόγους διαφοροποίησης του ποσού)		€	€	€	€	€
- Όνομα εργοδότη...............		.....	.....	.....	.....	.....
- Ημερομηνία εργοδότησης						
2. Για τους <u>αυτοτελώς εργαζόμενους</u> παρακαλώ δηλώστε	Αριθμό Εγγραφής ΦΠΑ					
	Μηνιαίο Εισόδημα	€	€	€	€	€
3. Διατροφή από υπόχρεο πρόσωπο *2		€	€	€	€	€
4. Συντάξεις από Επαγγελματικό Σχέδιο	Όνομα επαγγελματικού σχεδίου	€	€	€	€	€

5. Συντάξεις από Ατομικό Ασφαλιστικό / Συνταξιοδοτικό Σχέδιο (εξαιρουμένου του Ταμείου Κοινωνικών Ασφαλίσεων)	Όνομα ασφαλιστικού ιδρύματος	€	€	€	€	€

6. Συντάξεις / επιδόματα εξωτερικού	Χώρες εξωτερικού	€	€	€	€	€

7. Χορηγία για Επαγγελματική Κατάρτιση ή/και Απόκτηση Εργασιακής Πείρας		€	€	€	€	€
8. Εισόδημα από ακίνητη περιουσία	Ενοίκια	€	€	€	€	€
	Άλλα εισοδήματα	€	€	€	€	€
9. Οποιοδήποτε μηνιαίο εισόδημα από άλλη πηγή:		€	€	€	€	€
10. Οποιοδήποτε άλλο μηνιαίο επίδομα ή παροχή από οποιοδήποτε Υπουργείο της Κυπριακής Δημοκρατίας *3		€	€	€	€	€

*2 Σε περίπτωση μη είσπραξης της, επισυνάψτε δικαιολογητικά για τους λόγους που δεν λαμβάνεται και τι ενέργειες έχουν γίνει.

*3 Να δηλωθεί το είδος του επιδόματος ή της παροχής και το Υπουργείο από το οποίο λαμβάνεται (εκτός από Συντάξεις / επιδόματα / παροχές από το Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Ταμείο Αδειών, Επίδομα Τέκνου και Μονογονεϊκής Οικογένειας και ωφελήματα που λαμβάνονται δυνάμει του Περί Ανακουφίσεως Παθόντων Νόμου).

ΝΑ ΣΗΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΜΟΝΟ ΟΤΙ ΕΦΑΡΜΟΖΕΤΑΙ

Για τα πιο κάτω εισοδήματα, δηλώστε το συνολικό ποσό των τελευταίων δώδεκα (12) μηνών πριν από την ημερομηνία υποβολής της αίτησης

Εισοδήματα		Αιτητή / Αιτήτριας	Συζύγου	Εξαρτώμενων Τέκνων		
Αρ. Ταυτότητας ή Αρ. Εγγραφής Αλλοδαπού τέκνου			.....	.....	.....	.....
11. 13 ^{ος} μισθός		€	€	€	€	€
12. 14 ^{ος} μισθός		€	€	€	€	€
13. Δώρα, φιλοδωρήματα, προμήθειες και άλλα		€	€	€	€	€
14. Μερίσματα από μετοχές σε δημόσιες ή/και ιδιωτικές εταιρείες		€	€	€	€	€
15. Τόκοι από: καταθέσεις / ομόλογα / χρεόγραφα		€	€	€	€	€
16. Οποιοδήποτε εισόδημα από άλλη πηγή:		€	€	€	€	€
17. Οποιοδήποτε άλλο επίδομα ή παροχή από οποιοδήποτε Υπουργείο της Κυπριακής Δημοκρατίας * ³ (π.χ. Επιχορήγηση από σχέδια Κ.Ο.Α.Π.)		€	€	€	€	€
18. Για τους αυτοτελώς εργαζόμενους παρακαλώ δηλώστε	Ετήσιο κύκλο εργασιών	€	€	€	€	€
	Ετήσιο καθαρό κέρδος	€	€	€	€	€

6. ΠΕΡΙΟΥΣΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Να δηλωθούν τα περιουσιακά στοιχεία που έχει στην κατοχή του στην Κύπρο ή/και στο εξωτερικό ο αιτητής/αιτήτρια, ο/η σύζυγος και τα άγαμα τέκνα ηλικίας μέχρι 28 ετών:

6α. ΕΣΟΔΑ ΑΠΟ ΠΩΛΗΣΗ ΠΕΡΙΟΥΣΙΑΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ (κατά τους τελευταίους δώδεκα (12) μήνες από την ημερομηνία υποβολής της αίτησης)						
		Αιτητή / Αιτήτριας	Συζύγου	Τέκνων		
Αρ. Ταυτότητας ή αρ. εγγραφής αλλοδαπού τέκνου		.....	.....	.....	.....	.....
1.	Εξαργύρωση ασφαλιστήριου συμβολαίου	€	€	€	€	€
2.	Έσοδα από πώληση ακίνητης περιουσίας	€	€	€	€	€
3.	Έσοδα από πώληση κινητής περιουσίας	€	€	€	€	€
4.	Άλλο (Δηλώστε	€	€	€	€	€

6β. ΚΑΤΑΘΕΣΕΙΣ / ΓΡΑΜΜΑΤΙΑ ΣΕ ΟΠΟΙΟΥΣΔΗΠΟΤΕ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥΣ (κατά την ημερομηνία υποβολής της αίτησης) (Να αναφερθούν τα Αδειοδοτημένα Πιστωτικά Ιδρύματα σε Κύπρο και εξωτερικό)				
A/A	Αδειοδοτημένο Πιστωτικό Ίδρυμα	Δικαιούχος	Ποσό κατάθεσης €	Μεγαλύτερο υπόλοιπο λογαριασμού κατά της τελευταίους δώδεκα (12) μήνες €
1				
2				
3				
4				

6γ.	ΜΕΤΟΧΕΣ/ ΧΡΕΟΓΡΑΦΑ/ ΟΜΟΛΟΓΑ (κατά την ημερομηνία υποβολής της αίτησης) (Η αξία των μετοχών/ομολόγων/χρεογράφων να δηλωθεί στην ονομαστική της αξία)			
A/A	Επωνυμία εταιρείας	Δικαιούχος	Αριθμός	Ονομαστική Αξία €
1				
2				
3				
4				

6δ.	ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΑ ΣΥΜΒΟΛΑΙΑ ΣΕ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥΣ (κατά την ημερομηνία υποβολής της αίτησης)		
A/A	Επωνυμία Ασφαλιστικού Οργανισμού	Δικαιούχος	Τρέχουσα Αξία Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου €
1			
2			
3			

ΑΚΙΝΗΤΗ ΠΕΡΙΟΥΣΙΑ							
6ε.	ΑΚΙΝΗΤΗ ΠΕΡΙΟΥΣΙΑ ΣΤΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ (Στις περιοχές της Κυπριακής Δημοκρατίας που τελούν υπό τον αποτελεσματικό έλεγχο της Κυβέρνησης της Κυπριακής Δημοκρατίας) Να σημειωθεί με √ η κύρια κατοικία						
A/A	Περιγραφή Ακινήτου (π.χ. οικία, διαμέρισμα, κατάστημα, πολυκατοικία, οικόπεδο, χωράφι)	Ιδιοκτήτης	Δήμος / Κοινότητα	Μερίδιο	Αρ. Τεμαχίου	Φύλλο/Σχέδιο	Κύρια κατοικία
1							
2							
3							
4							
6στ.	ΑΚΙΝΗΤΗ ΠΕΡΙΟΥΣΙΑ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ						
A/A	Περιγραφή Ακινήτου (π.χ. οικία, διαμέρισμα, κατάστημα, πολυκατοικία, οικόπεδο, χωράφι)	Ιδιοκτήτης	Χώρα / Πόλη	Μερίδιο	Αξία €		
1							
2							
3							

7. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΔΙΑΜΟΝΗ ΤΟΥ/ΤΗΣ ΑΙΤΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ
<p>Για σκοπούς δήλωσης των πιο κάτω στοιχείων που έχουν σχέση με τη στέγαση ενημερώνεστε ότι η αναφορά σε:</p> <p>(α) Ιδιόκτητη κατοικία σημαίνει οικιστική μονάδα η οποία ανήκει στον αιτητή/τρια, στον/στην σύζυγο ή στα άγαμα τέκνα όπως αναφέρονται στο σημείο 3, η οποία χρησιμοποιείται ως κύριος και μόνιμος χώρος διαμονής.</p> <p>(β) Ενοικιαζόμενη κατοικία σημαίνει οικιστική μονάδα για την οποία υπάρχει έγκυρη σύμβαση ενοικίασης από τον αιτητή/τρια, στον/στην σύζυγο ή στα άγαμα τέκνα όπως αναφέρονται στο σημείο 3, η οποία χρησιμοποιείται ως κύριος χώρος διαμονής.</p>
<p>α) Διαμένετε σε ιδιόκτητη κατοικία; ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p>
<p>Αν ναι, δηλώστε</p> <p>- το εμβαδόν της ιδιόκτητης κατοικίας τ.μ.</p>

9. ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Αν υπάρχει ανάγκη φροντίδας από τον αιτητή/αιτήτρια, σύζυγο ή τα άγαμα τέκνα μέχρι 28 ετών, παρακαλώ δηλώστε με ✓ για ποια/ποιες από τις πιο κάτω κατηγορίες:

Ανάγκη φροντίδας	Δηλώστε ✓ όπου ισχύει	Δηλώστε τον αριθμό ατόμων
Ηλικιωμένο πρόσωπο		
Άτομο με αναπηρία		
Φροντίδα παιδιών σε εγκεκριμένα πλαίσια φροντίδας		
Προβλήματα υγείας / εξαιρετικά σοβαρή δυσλειτουργία οικογένειας		

10. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΥ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ

Να δηλωθούν τα στοιχεία του τραπεζικού λογαριασμού στον οποίο θα εμβάζεται το ελάχιστο εγγυημένο εισόδημα

Η μηνιαία πληρωμή γίνεται συνήθως απευθείας σε προσωπικό ή σε κοινό λογαριασμό τον οποίο θα δηλώσετε πιο κάτω. Σε περίπτωση που ενεργείτε ως αντιπρόσωπος προσώπου που υπέβαλε αίτηση, τότε ο λογαριασμός θα πρέπει να είναι ο προσωπικός λογαριασμός του αιτητή ή κοινός λογαριασμός με το πρόσωπο αυτό.

Επωνυμία Αδειοδοτημένου Πιστωτικού Ιδρύματος (ΑΠΙ)

ΔΙΕΘΝΗΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΥ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ (IBAN)

C	Y																				
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Να επισυναφθεί απαραίτητα βεβαίωση Αδειοδοτημένου Πιστωτικού Ιδρύματος

Σε περίπτωση που επιθυμείτε το έμβασμα να πραγματοποιείται εξ ημισείας στους δύο συζύγους, τότε χρειάζεται να συμπληρωθούν τα αντίστοιχα στοιχεία που αφορούν και τον λογαριασμό του/της συζύγου:

Επωνυμία Αδειοδοτημένου Πιστωτικού Ιδρύματος (ΑΠΙ)

ΔΙΕΘΝΗΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΥ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ (IBAN)

C	Y																				
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Ο αιτητής/δικαιούχος οφείλει να ενημερώνει γραπτώς την Υπηρεσία, εντός 15 ημερών, για οποιαδήποτε αλλαγή στα στοιχεία που δηλώθηκαν στην αίτηση (όπως αλλαγές στα εισοδήματα, ακίνητη και κινητή περιουσία, χρηματοοικονομικά στοιχεία, διεύθυνση κατοικίας, αριθμός τραπεζικού λογαριασμού, απόκτηση τέκνου, απώλεια μέλους οικογένειας, σύναψη γάμου, διαζύγιο, συγκατοίκηση, κ.α.), σε έντυπο που μπορείτε να προμηθευτείτε από τα επαρχιακά και τοπικά γραφεία των Υπηρεσιών Κοινωνικής Ευημερίας. **Παράλειψη σας να γνωστοποιήσετε έγκαιρα οποιαδήποτε αλλαγή στα στοιχεία που δηλώθηκαν στην αίτηση, συνεπάγεται την επιβολή χρηματικών επιβαρύνσεων ή/και ποινικής δίωξης.**

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι διαμένω στις περιοχές που βρίσκονται κάτω από τον έλεγχο της Κυπριακής Δημοκρατίας καθώς και ότι τα πιο πάνω στοιχεία είναι αληθή. Σε περίπτωση υποβολής ψευδούς δήλωσής, γνωρίζω ότι είμαι ένοχος αδικήματος και σε περίπτωση καταδίκης μου υπόκειμαι σε ποινές όπως προνοούνται στον περί Ελάχιστου Εγγυημένου Εισοδήματος και γενικότερα περί Κοινωνικών Παροχών Νόμο του 2014 ή όπως αυτός εκάστοτε τροποποιείται.

Δεσμούμαι ότι αν τα εισοδήματα, τα περιουσιακά στοιχεία, οι οικογενειακές συνθήκες ή οποιοδήποτε άλλο στοιχείο περιλαμβάνεται στην αίτηση αλλάξουν, θα ενημερώσω εντός 15 ημερών την Υπηρεσία Διαχείρισης Επιδομάτων Πρόνοιας.

Εξουσιοδοτώ την Υπηρεσία Διαχείρισης Επιδομάτων Πρόνοιας του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, να επαληθεύσει σε συνεργασία με άλλες αρμόδιες αρχές της Δημοκρατίας, με αντίστοιχους αρμόδιους φορείς του εξωτερικού καθώς επίσης και σε συνεργασία με τα αδειοδοτημένα πιστωτικά ιδρύματα και τις ασφαλιστικές εταιρείες, όσα από τα στοιχεία που περιέχονται στην αίτηση μου κρίνει απαραίτητο.

Σημειώνεται ότι για σκοπούς εξέτασης της αίτησης θα πρέπει απαραίτητα να συμπληρώσετε και να επισυνάψετε το Έντυπο Εξουσιοδότησης (ΕΕΕ 8).

			/				/				
--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--

Ημερομηνία υποβολής αίτησης

Υπογραφή αιτητή/τριας

Υπογραφή συζύγου

Ενημέρωση που γίνεται με βάση το Κεφάλαιο ΙΙΙ του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016 για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και για την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων αυτών και την κατάργηση της οδηγίας 95/46/ΕΚ (Γενικός Κανονισμός για την Προστασία Δεδομένων)

Τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν και δηλώνονται από εμένα την ίδια/τον ίδιο, θα τηρούνται σε αρχείο και θα τυγχάνουν αντικείμενο νόμιμης επεξεργασίας κατά την έννοια του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27^{ης} Απριλίου 2016 όπως ισχύει, από τον Υπεύθυνο Επεξεργασίας που είναι το Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσία Διαχείρισης Επιδομάτων Πρόνοιας, για σκοπούς εξέτασης της αίτησής μου για δικαίωμα σε Ελάχιστο Εγγυημένο Εισόδημα. Αποδέκτες των δεδομένων θα είναι το αρμόδιο προσωπικό του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσία Διαχείρισης Επιδομάτων Πρόνοιας. Τα προσωπικά δεδομένα που περιλαμβάνονται στα αρχεία που τηρεί το Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσία Διαχείρισης Επιδομάτων Πρόνοιας, μπορούν να ανακοινώνονται ή να μεταδίδονται μεταξύ των εμπλεκόμενων κυβερνητικών υπηρεσιών. Η διαχείριση και επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων θα γίνεται με ασφάλεια και εχεμύθεια και θα υπόκειται στις σχετικές διατάξεις του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου. Επίσης, πληροφορούμαι ότι, μεταξύ άλλων, έχω τα δικαιώματα ενημέρωσης, πρόσβασης, διόρθωσης και διαγραφής σε δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν, όπως αυτά αναφέρονται στα άρθρα 13, 14, 15, 16, 17, 18 και 19 του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27^{ης} Απριλίου 2016, για τα οποία μπορώ να απευθυνθώ στον Υπεύθυνο Επεξεργασίας (το Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσία Διαχείρισης Επιδομάτων Πρόνοιας).

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΜΕΡΙΣΜΑΤΟΣ

Να συμπληρωθούν τα στοιχεία για κάθε μέλος της οικογένειας που είναι μέτοχος σε ιδιωτική εταιρεία:

ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ:

Πιστοποιώ ότι κατά τη διάρκεια των τελευταίων δώδεκα (12) μηνών πριν από την ημερομηνία υποβολής της αίτησης, καταβλήθηκε ή πιστώθηκε σε λογαριασμό των ακόλουθων μετόχων, το πιο κάτω **μεικτό** μέρισμα από τα κέρδη της εταιρείας, που αφορούν οποιοδήποτε οικονομικό έτος:

Όνοματεπώνυμο Μετόχου	Αρ. Ταυτότητας	Μεικτό μέρισμα €

Ο Βεβαιών

(Σφραγίδα και υπογραφή λογιστή/γραμματέα/ελεγκτή εταιρείας)

Ημερομηνία

Όνοματεπώνυμο λογιστή/γραμματέα/ελεγκτή εταιρείας

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΡΓΟΔΟΤΗ

Βεβαιώνεται ότι η/ο

με αριθμό Ταυτότητας/αρ. εγγραφής αλλοδαπού (ARC)

εργάζεται στην επιχείρηση/εταιρεία

κατά τη χρονική περίοδο που υποβάλλεται η αίτηση.

Ο μηνιαίος ακαθάριστος μισθός του/της ανέρχεται στα €

Το σύνολο των ακαθάριστων απολαβών της/του για το έτος, συμπεριλαμβανομένων 13^{ου}/14^{ου} μισθού και υπερωριακής εργασίας ανέρχεται στα €

Ο Βεβαιών

(Σφραγίδα και υπογραφή)

Όνοματεπώνυμο

Θέση Ημερομηνία

Βεβαίωση από Αρχή Τοπικής Αυτοδιοίκησης

Βεβαιώνεται ότι ο/η με Α.Δ.Τ., είχε κατά την αμέσως προηγούμενη περίοδο των πέντε (5) ετών που προηγείται της αίτησης, νόμιμη και συνεχή διαμονή στη Δημοκρατία.

Στοιχεία εκπροσώπου της Αρχής Τοπικής Αυτοδιοίκησης

Αρχή Τοπικής Αυτοδιοίκησης

Όνοματεπώνυμο

Θέση

Υπογραφή

Ημερομηνία

Σφραγίδα

Πιστοποιητικά

Να υποβάλλονται ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ μαζί με την αίτηση τα πιο κάτω πιστοποιητικά για τον αιτητή/τρια, τον/την σύζυγο και τα άγαμα τέκνα ηλικίας μέχρι 28 ετών ή τα εξαρτώμενα τέκνα (όπου ισχύει):

1. Αντίγραφο δελτίου ταυτότητας ή βεβαίωση εγγραφής αλλοδαπού (ARC) ή αντίγραφο πιστοποιητικού γεννήσεως σε περιπτώσεις παιδιών που δεν έχουν ταυτότητα. Να επισυνάπτεται σχετική ιατρική βεβαίωση για άγαμα εξαρτώμενα που είναι μόνιμα ανάκανα για αυτοσυντήρηση.
2. Έντυπο Εξουσιοδότησης (ΕΕΕ.8)
3. Βεβαίωση διεθνούς τραπεζικού λογαριασμού (IBAN) από Αδειοδοτημένο Πιστωτικό Ίδρυμα για τον αιτητή/τρια.
4. Κατάσταση τραπεζικού λογαριασμού αιτητή και μελών της οικογένειας στα Αδειοδοτημένα Πιστωτικά Ίδρύματα που διαθέτουν λογαριασμούς από την 1/1/2014 μέχρι την ημερομηνία υποβολής της αίτησης.

Να υποβάλλονται ΜΟΝΟ ΟΠΟΥ ΙΣΧΥΕΙ μαζί με την αίτηση τα πιο κάτω πιστοποιητικά για τον αιτητή/τρια, τον/την σύζυγο και τα άγαμα τέκνα ηλικίας μέχρι 28 ετών:

5. Για συνταξιούχους εξωτερικού, αποδεικτικά στοιχεία τα οποία να αναφέρουν το ποσό της σύνταξης του τρέχοντος καθώς και του προηγούμενου έτους.
6. Για νέους συνταξιούχους, βεβαίωση για το ύψος της σύνταξης από τις Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων για το τρέχον έτος.
7. Για πολίτες της Ευρωπαϊκής Ένωσης: Βεβαίωση εγγραφής πολίτη της Ένωσης και Μελών της Οικογένειας που είναι επίσης πολίτες της Ένωσης (MEU1) ή/και Πιστοποιητικό μόνιμης διαμονής πολίτη της Ένωσης και μελών της οικογένειάς του που είναι επίσης πολίτες της Ένωσης (MEU3)
8. Για υπηκόους τρίτης χώρας: Άδεια παραμονής (M61) για πολίτες χωρών εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης
9. Αντίγραφο διατάγματος δικαστηρίου για διατροφή (Σε περίπτωση μη εισπραξίας της, επισύναψη δικαιολογητικών για τους λόγους που μη εισπραξίας και τι ενέργειες έχουν γίνει)
10. Βεβαίωση φοίτησης σε πανεπιστήμιο εξωτερικού ή εσωτερικού για τέκνα που είναι φοιτητές.
11. Βεβαιώσεις φοίτησης για τέκνα μαθητές ή βεβαίωση αρχής τοπικής αυτοδιοίκησης για ανήλικα τέκνα που φοιτούν σε σχολείο ή νηπιαγωγείο, ότι διαμένουν κάτω από την ίδια στέγη με την οικογένειά τους.
12. Σε περιπτώσεις τέκνων διαζευγμένων γονέων ή ορφανά από τους δύο γονείς, αντίγραφο απόφασης δικαστηρίου αναφορικά με το άτομο με το οποίο τα τέκνα διαμένουν μαζί καθώς και διατάγματος λύσης γάμου (διαζυγίου).

Για παροχή τόκων στεγαστικού δανείου, απαραίτητα:

1. Αντίγραφο συμφωνίας στεγαστικού δανείου
2. Κατάσταση των τόκων του στεγαστικού σας δανείου από το Αδειοδοτημένο Πιστωτικό Ίδρυμα

Για παροχή ενοικίου, απαραίτητα:

1. Αντίγραφο έγκυρης σύμβασης ενοικίασης κατοικίας
2. Βεβαίωση διεθνούς τραπεζικού λογαριασμού (IBAN) από το Αδειοδοτημένο Πιστωτικό Ίδρυμα για τον ιδιοκτήτη της ενοικιαζόμενης κατοικίας

Οι αιτητές υποχρεούνται να υποβάλουν μαζί με την αίτηση τους, αποδεικτικά στοιχεία για τα ακαθάριστα εισοδήματα του αιτητή/τρια, του/της σύζυγου και των άγαμων τέκνων ηλικίας μέχρι 28 ετών (όπου ισχύει) ξεχωριστά

Για μισθωτό εργαζόμενο

- Για τον αιτητή, βεβαίωση εργοδότη που βρίσκεται στη σελίδα 11 της αίτησης. Αντίστοιχες βεβαιώσεις εργοδότη για τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας που εργάζονται ως μισθωτοί.

Για αυτοτελώς εργαζόμενο, όλα τα πιο κάτω

1. Τέσσερις (4) τελευταίες φορολογικές δηλώσεις στο Φ.Π.Α.
2. Αντίγραφο φορολογικής δήλωσης στο Τμήμα Εσωτερικών Προσόδων
3. Βεβαίωση εισοδήματος από λογιστή/ελεγκτή

Για μετόχους ιδιωτικής εταιρείας, ένα από τα ακόλουθα:

- Για τον αιτητή, βεβαίωση μερίσματος που βρίσκεται στη σελίδα 11 της αίτησης. Αντίστοιχες βεβαιώσεις μερίσματος για τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας αν ισχύει.
- Κατάσταση παρακρατήσεων έκτακτης αμυντικής εισφοράς από μερίσματα,
- Πιστοποιητικό μερίσματος που υποβάλλεται στο Τμήμα Εσωτερικών Προσόδων

Η Υπηρεσία Διαχείρισης Επιδομάτων Πρόνοιας, δύναται, όπου κρίνει σκόπιμο να ζητεί και επιπρόσθετα δικαιολογητικά για την εξέταση της αίτησης.

