



Ο ΠΕΡΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΝΟΜΟΣ

**ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΗ ΛΟΓΩ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ**

**ΠΡΟΣΟΧΗ:**

1. Πριν συμπληρώσετε την αίτηση αυτή, διαβάστε προσεκτικά τις πληροφορίες/οδηγίες που αναγράφονται στο πίσω μέρος της αίτησης.
2. Πρόσωπο που σε γνώση του προβαίνει σε ψευδή δήλωση ή ψευδείς παραστάσεις με σκοπό να εξασφαλίσει παροχή λόγω αναπηρίας είτε για τον εαυτό του ή για άλλο πρόσωπο, υπόκειται σε ποινική δίωξη.

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

**ΜΕΡΟΣ Ι – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ/ΑΙΤΗΤΡΙΑΣ**

Όνοματεπώνυμο: ..... Ημερομηνία Γέννησης: .....  
 Τόπος Γέννησης: ..... Αρ. Ταυτότητας: ..... Αρ. Κοιν. Ασφαλίσεων: .....  
 Αρ. Εγγραφής Αλλοδαπού/Αρ. Διαβατηρίου: ..... Υπηκοότητα: .....  
 Φύλο: Άρρεν  Θήλυ   
 Οικογενειακή κατάσταση: Άγαμος  Έγγαμος  Χήρος(α)  Διαζευγμένος(η)  Σε διάσταση   
 (Σημειώστε Χ ανάλογα)  
 Ημερομηνία Γάμου: .....  
 Διεύθυνση: Οδός/Αριθμός: .....  
 Ενορία/Χωριό: .....  
 Επαρχία: ..... Ταχ. Κώδ.: .....  
 Τηλ.: ..... Φαξ: .....

**Σημείωση:** Η πληρωμή θα σας καταβληθεί/καταβάλλεται στον τραπεζικό λογαριασμό που έχετε ήδη δηλώσει στις Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων για να λάβετε άλλη παροχή/πληρωμή από το Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων, το Κεντρικό Ταμείο Αδειών ή και το Ταμείο για Πλεονάζον Προσωπικό. Παρακαλώ όπως συμπληρώσετε τα πιο κάτω **μόνο** εάν ο τραπεζικός λογαριασμός που δηλώσατε έχει αλλάξει.

Όνομα Τραπεζικού Ιδρύματος: .....  
 Αριθμός Υποκαταστήματος Τράπεζας: .....  
 IBAN (Τραπεζικός Λογαριασμός): .....  
 Διεύθυνση Τραπεζικού Ιδρύματος: .....

Όνοματεπώνυμο Συζύγου: ..... Ημερομηνία Γέννησης: .....  
 Τόπος Γέννησης: ..... Αρ. Ταυτότητας: ..... Αρ. Κοιν. Ασφαλίσεων: .....  
 Αρ. Εγγραφής Αλλοδαπού/Αρ. Διαβατηρίου: .....

**ΜΕΡΟΣ ΙΙ – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ ΑΙΤΗΤΗ/ΑΙΤΗΤΡΙΑΣ ΓΙΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΑΥΞΗΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ**

Όνοματεπώνυμο	Αρ. Ταυτότητας	Ημερ. Γέν.	Τόπος Γέν.	Φύλο	Συγγένεια
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....

**ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ – ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ (αν η αναπηρία προκλήθηκε από ατύχημα)**

1. Ημερομηνία ατυχήματος: .....
2. Ώρα ατυχήματος: .....
3. Τόπος ατυχήματος: .....
4. Περιγράψτε με λίγα λόγια τις συνθήκες κάτω από τις οποίες έγινε το ατύχημα: .....
5. Αν το ατύχημα είναι τροχαίο δηλώστε τον αστυνομικό σταθμό στον οποίο έχει καταγγεληθεί: .....

**ΜΕΡΟΣ IV – ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ (αν η αναπηρία προκλήθηκε από τέτοια ασθένεια)**

1. Επαγγελματική ασθένεια από την οποία έχετε προσβληθεί: .....
2. Πότε έχετε προσβληθεί από την ασθένεια αυτή; .....

**ΜΕΡΟΣ V – ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ/ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ**

1. Περιγράψτε την αναπηρία που προκλήθηκε λόγω του ατυχήματος ή της ασθένειας: .....

2. Γράψτε πιο κάτω τα ονόματα και τις διευθύνσεις των γιατρών που σας παρακολουθούν:

**Όνοματεπώνυμο****Διεύθυνση****Τηλ.**

3. Επάγγελμα (πλήρης περιγραφή): .....

4. Όνοματεπώνυμο Εργοδότη: ..... Αρ. Μητρώου: .....

Διεύθυνση: ..... Τηλ.: ..... Φαξ: .....

5. Σε περίπτωση πνευμοκονίασης ή επαγγελματικής ασθένειας αναφέρετε πιο κάτω λεπτομέρειες της απασχόλησής σας κατά τα τελευταία 25 χρόνια.

Όνοματεπώνυμο  
ΕργοδότηΔιεύθυνση  
ΕργοδότηΕίδος  
απασχόλησηςΑπασχόληση  
Από Μέχρι**ΜΕΡΟΣ VI – ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΕΑΝ ΕΚΚΡΕΜΕΙ ΑΙΤΗΜΑ ΤΟΥ ΑΙΤΗΤΗ/ΤΗΣ ΑΙΤΗΤΡΙΑΣ ΜΕ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ**

- (α) Σας έχει εξετάσει κάποιος Ιατρός εκ μέρους ασφαλιστικής εταιρείας; Εάν ναι, υποδείξετε τον Ιατρό, την Ασφαλιστική εταιρεία και την ημερομηνία .....
- (β) Σε περίπτωση που από την ημέρα υποβολής της αίτησής σας μέχρι την ημέρα που θα κληθείτε σε εξέταση από Ιατρικό Συμβούλιο των Υπηρεσιών Κοινωνικών Ασφαλίσεων, εξεταστείτε από Ιατρό εκ μέρους ασφαλιστικής εταιρείας, οφείλετε να ενημερώσετε τις Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

**ΜΕΡΟΣ VII – ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ**

Αν παίρνετε οποιαδήποτε σύνταξη ή οποιαδήποτε άλλη παρόμοια πληρωμή δηλώστε το είδος της σύνταξης ή πληρωμής και την πηγή: .....

**ΜΕΡΟΣ VIII – ΑΙΤΗΣΗ ΚΑΙ ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

Απαιτώ παροχή λόγω αναπηρίας και δηλώνω υπεύθυνα ότι τα πιο πάνω στοιχεία είναι αληθή. Εξουσιοδοτώ τις Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΥΚΑ) του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, να επαληθεύσουν σε συνεργασία με άλλες αρμόδιες Αρχές της Δημοκρατίας, με Οργανισμούς/Φορείς/Επιχειρήσεις και με αντίστοιχους αρμόδιους φορείς του εξωτερικού, όσα από τα στοιχεία που περιέχονται στην αίτησή μου κρίνουν απαραίτητα.

Εγώ ο πιο κάτω υπογράφοντας δηλώνω ότι:

1. Δίδω την παρούσα εξουσιοδότηση στα πλαίσια της αίτησης "για Παροχή λόγω αναπηρίας".
2. Αντιλαμβάνομαι ότι, οι πιο πάνω πληροφορίες που με αφορούν και η πιο πάνω ενημέρωση προς τις ΥΚΑ είναι απαραίτητη, ούτως ώστε να καταστεί δυνατή η αξιολόγηση ή επιβεβαίωση των στοιχείων που συμπεριλαμβάνονται στην αίτηση.
3. Σε περίπτωση ανάκλησης της εξουσιοδότησης αυτής, υποχρεώνομαι να ενημερώσω άμεσα το Διευθυντή των ΥΚΑ.

Αν δεν υπογραφεί η παρούσα εξουσιοδότηση τότε αυτόματα η παρούσα αίτηση θεωρείται ως μη παραληφθείσα.

Ημερομηνία: ..... Ονοματεπώνυμο: ..... Υπογραφή: .....

## ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

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 27ης Απριλίου 2016 όπως ισχύει, από τον Υπεύθυνο Επεξεργασίας που είναι το Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων, για σκοπούς εξέτασης της παρούσας αίτησής μου. Αποδέκτες των δεδομένων θα είναι το αρμόδιο προσωπικό του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Τα προσωπικά δεδομένα που περιλαμβάνονται στα αρχεία που τηρεί το Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων 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, πληροφοροῦμαι 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 27ης Απριλίου 2016, για τα οποία μπορώ να απευθυνθώ στον Υπεύθυνο Επεξεργασίας (το Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων).

## ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ/ΟΔΗΓΙΕΣ

1. Η αίτηση αυτή πρέπει να υποβληθεί μέσα σε ΤΡΕΙΣ ΜΗΝΕΣ από την ημέρα από την οποία απαιτείται η χορήγηση της παροχής.

**2. Μαζί με την αίτηση πρέπει να υποβληθούν τα ακόλουθα πρωτότυπα πιστοποιητικά:**

- (α) Πιστοποιητικό γέννησης του/της αιτητή/αιτητριάς **στην περίπτωση όπου ο τόπος γέννησης είναι εκτός Κύπρου.**
- (β) Ιατρική έκθεση.
- (γ) Πιστοποιητικό γάμου.
- (δ) Βεβαίωση από τον κοινοτάρχη ή τον ιερέα της κοινότητας ή της ενορίας του/της αιτητή/αιτητριάς κατά πόσο αυτός/αυτή συζεί με το/τη σύζυγο και τα άλλα εξαρτώμενά του/της ή αν δε συζεί, κατά πόσο τα συντηρεί αποκλειστικά ή κατά κύριο λόγο.
- (ε) Πιστοποιητικό γέννησης για κάθε άγαμο εξαρτώμενο παιδί **στην περίπτωση όπου ο τόπος γέννησης είναι εκτός Κύπρου.**
- (στ) Πιστοποιητικό φοίτησης για κάθε άγαμο εξαρτώμενο παιδί ηλικίας μεταξύ 15 και 23 χρόνων αν είναι κόρη ή μεταξύ 15 και 25 χρόνων αν είναι γιος.
- (ζ) Πιστοποιητικό υπηρεσίας για κάθε άγαμο εξαρτώμενο γιο ηλικίας μέχρι 25 χρόνων που υπηρετεί τη θητεία του στην Εθνική Φρουρά.
- (η) Ιατρικό πιστοποιητικό για ανάπηρο άγαμο παιδί πέραν των 15 χρόνων που είναι μόνιμα ανάκανο για εργασία και συντηρείται από τον/την αιτητή/αιτήτρια.
- (θ) Βεβαίωση από το Τραπεζικό Ίδρυμα, όπου να παρουσιάζεται ο δικαιούχος και ο διεθνής αριθμός λογαριασμού (IBAN).

-----  
**ΑΠΟΚΟΜΜΑ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ – (Να συμπληρωθεί από τον αιτητή/την αιτήτρια ή από αντιπρόσωπό του/της).**

Όνοματεπώνυμο: .....

Παροχή για την οποία υποβάλλεται η αίτηση: .....

Αρ. Δελτίου Ταυτότητας ή Αρ. Κοινωνικών Ασφαλίσεων: .....

Ημερ. παραλαβής της αίτησης: .....

Σφραγίδα και υπογραφή παραλήπτη