



Ο ΠΕΡΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΝΟΜΟΣ

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΙΔΙΚΗ ΠΑΡΟΧΗ ΣΕ ΠΡΟΣΩΠΑ ΜΕ ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑ

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 ειδική παροχή είτε για τον εαυτό του είτε 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:

Φύλο: Άρρεν Θήλυ

Οικογενειακή κατάσταση:

Άγαμος(η) Έγγαμος(η) Χήρος(α) Διαζευγμένος(η) Σε διάσταση

(Σημειώστε Χ ανάλογα)

Ημερομηνία Γάμου:

Ταχ. Διεύθυνση: Οδός/Αριθμός:

Ταχ. Κώδ.: Πόλη/Χωριό: Τηλ.:

Σημείωση: Η παροχή 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:

Αρ. Υποκαταστήματος Τράπεζας:

IBAN (Τραπεζικός Λογαριασμός):

BIC (Κωδικός Swift Τράπεζας):

Διεύθυνση Τραπεζικού Ιδρύματος:

Όνοματεπώνυμο Συζύγου: Ημερ. Γέννησης: Τόπος Γέννησης:

Αρ. Ταυτότητας: Αρ. Κοιν. Ασφαλίσεων: Αρ. Εγγραφής Αλλοδαπού/Αρ. Διαβατηρίου:

Εργαζόμενος(η): ΝΑΙ ΟΧΙ Συνταξιούχος: ΝΑΙ ΟΧΙ

ΜΕΡΟΣ ΙΙ – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ ΑΙΤΗΤΗ/ΑΙΤΗΤΡΙΑΣ ΓΙΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΑΥΞΗΣΗ ΕΙΔΙΚΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ

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

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ – ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

- Υψηκότητα:
- (α) Αν παίρνετε οποιαδήποτε σύνταξη ή άλλη παρόμοια πληρωμή δηλώστε το είδος της σύνταξης ή πληρωμής και την πηγή:
- (β) Αν έχετε ασφάλιση σε Σχέδιο Κοινωνικών Ασφαλίσεων άλλης χώρας δηλώστε:
- (i) (α) Χώρα (β) Αρ. Ασφάλισης: (γ) Περίοδος.....
- (ii) (α) Χώρα (β) Αρ. Ασφάλισης: (γ) Περίοδος.....
- (iii) (α) Χώρα (β) Αρ. Ασφάλισης: (γ) Περίοδος.....

ΜΕΡΟΣ ΙV – ΑΠΑΙΤΗΣΗ ΚΑΙ ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

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 απαραίτητο.

Εγώ ο πιο κάτω υπογράφοντας δηλώνω ότι:

1. Δίδω την παρούσα εξουσιοδότηση στα πλαίσια της αίτησης “Ειδική Παροχή σε πρόσωπα με θαλασσαιμία”.
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:

ΜΕΡΟΣ V – ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗΣ

Πιστοποιώ ότι ο/η πιο πάνω αναφερόμενος/η αιτητής/αιτήτρια υπόγραψε την αίτηση αυτή στην παρουσία μου.

Υπογραφή: Αρ. Ταυτότητας:

Διεύθυνση: Σφραγίδα (όπου ισχύει):

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, 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 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 ειδικής παροχής.
2. **Μαζί με την αίτηση πρέπει να υποβληθούν τα ακόλουθα πρωτότυπα πιστοποιητικά/έντυπα:**
 - (α) Πιστοποιητικό γέννησης του/της αιτητή/αιτητριάς **στην περίπτωση όπου ο τόπος γέννησης είναι εκτός Κύπρου.**
 - (β) Πιστοποιητικό γάμου (αν ο αιτητής είναι έγγαμος).
 - (γ) 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.
 - (δ) Πιστοποιητικό γέννησης για κάθε εξαρτώμενο παιδί του αιτητή **στην περίπτωση όπου ο τόπος γέννησης είναι εκτός Κύπρου.**
 - (ε) Πιστοποιητικό φοίτησης για κάθε άγαμο εξαρτώμενο παιδί του αιτητή ηλικίας μεταξύ 15 και 23 χρόνων αν είναι κόρη ή μεταξύ 15 και 25 χρόνων αν είναι γιος.
 - (στ) Πιστοποιητικό υπηρεσίας για κάθε άγαμο γιο ηλικίας μέχρι 25 χρόνων που υπηρετεί τη θητεία του στην Εθνική Φρουρά.
 - (ζ) Ιατρικό πιστοποιητικό για ανάπηρο άγαμο παιδί πέραν των 15 χρόνων που είναι μόνιμα ανίκανο για εργασία και συντηρείται από τον/την αιτητή/αιτητριά.
 - (η) Αν η αίτηση υποβάλλεται από γυναίκα, απαιτείται η συμπλήρωση δήλωσης για χορήγηση εξομοιούμενων ασφαλιστέων αποδοχών για γέννηση παιδιών, έντυπο Υ.Κ.Α. 430.
 - (θ) Αν ο αιτητής/αιτητριά φοίτησε σε εκπαιδευτικό ίδρυμα μετά τη συμπλήρωση του 16ου έτους της ηλικίας του/της απαιτείται η συμπλήρωση της αίτησης για χορήγηση εξομοιούμενων ασφαλιστέων αποδοχών λόγω τακτικής εκπαίδευσης, έντυπο Υ.Κ.Α. 1-010.
 - (ι) Αν η αίτηση υποβάλλεται από άνδρα που γεννήθηκε κατά ή μετά την 1.1.1940, απαιτείται η συμπλήρωση της αίτησης για καταχώρηση περιόδου για υπηρεσία στην Εθνική Φρουρά, έντυπο Υ.Κ.Α. 1-011.
 - (κ) Αν η αίτηση υποβάλλεται από πρόσωπο που απασχολήθηκε σε μεταλλείο, απαιτείται η συμπλήρωση του εντύπου ΔΗΛΩΣΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΜΕΤΑΛΛΩΡΥΧΟΥ, έντυπο Υ.Κ.Α. 311.
 - (λ) Βεβαίωση από το Τραπεζικό Ίδρυμα, όπου να παρουσιάζεται ο δικαιούχος και ο διεθνής αριθμός λογαριασμού (IBAN).
 - (μ) Πιστοποιητικό από Ιατρικές Υπηρεσίες και Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας και Κέντρα Θαλασσαιμίας του Υπουργείου Υγείας ότι ο αιτητής/η αιτητριά πάσχει από θαλασσαιμία και είναι ενταγμένος/η σε μόνιμο και τακτικό πρόγραμμα μεταγρίσεων των δημόσιων νοσηλευτηρίων.

ΑΠΟΚΟΜΜΑ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ – (Να συμπληρωθεί από τον αιτητή/την αιτητριά 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