



Ο ΠΕΡΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΝΟΜΟΣ

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΠΙΔΟΜΑ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ

ΠΡΟΣΟΧΗ:

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

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

ΜΕΡΟΣ Ι – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΡΙΑΣ

Α. Ονοματεπώνυμο: Ημερομηνία Γέννησης:

Τόπος Γέννησης: Αρ. Ταυτότητας: Αρ. Κοιν. Ασφαλίσεων:

Αρ. Εγγραφής Αλλοδαπού: Αρ. Διαβατηρίου:

Οικογενειακή κατάσταση: Άγαμη Έγγαμη Χήρα Διαζευγμένη Σε διάσταση

Ημερομηνία Γάμου: Διεύθυνση: Οδός/Αριθμός:

Ενορία/Χωριό: Επαρχία: Ταχ. Κώδ.:

Τηλ.: Φαξ: Υπηκοότητα:

Β. ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΙΤΗΤΡΙΑ ΜΟΝΟ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΠΟΚΤΗΣΗΣ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕΣΩ ΠΑΡΕΝΘΕΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ

Σημειώστε ανάλογα με την περίπτωση:

1. Γυναίκα που αναμένει παιδί μέσω παρένθετης μητέρας 2. Παρένθετη μητέρα

Έναρξη περιόδου επιδόματος μητρότητας: (Ισχύει μόνο για το 1).

- (i) Εβδομάδα του τοκετού (ii) Δύο εβδομάδες πριν τον αναμενόμενο τοκετό

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: 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/Συνεργατικού Ιδρύματος:

Αρ. Υποκαταστήματος Τράπεζας:

IBAN (Τραπεζικός Λογαριασμός):

BIC (Κωδικός Swift Τράπεζας):

Διεύθυνση Τραπεζικού/Συνεργατικού Ιδρύματος:

Αν έχετε ασφάλιση σε Σχέδιο Κοινωνικών Ασφαλίσεων άλλης χώρας δηλώστε:

(α) τη χώρα: (β) αρ. ασφαλίσεως: (γ) από: μέχρι:

(α) τη χώρα: (β) αρ. ασφαλίσεως: (γ) από: μέχρι:

Όνομα Συζύγου: Ημερομηνία Γέννησης:

Τόπος Γέννησης: Αρ. Ταυτότητας: Αρ. Κοιν. Ασφαλίσεων:

Αρ. Εγγραφής Αλλοδαπού: Αρ. Διαβατηρίου:

ΜΕΡΟΣ ΙΙ – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ ΤΗΣ ΑΙΤΗΤΡΙΑΣ ΓΙΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΑΥΞΗΣΗ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ

Ονοματεπώνυμο	Αριθμός Ταυτότητας/ Αρ. Εγγρ. Αλλοδαπού	Ημερ. Γέννησης/ Τόπος Γέννησης	Φύλο	Συγγένεια

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ – ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ (συμπληρώνεται από εγγεγραμμένο ιατρό μετά τη συμπλήρωση της εικοστής πέμπτης (25) εβδομάδας κύησης)

Πιστοποιώ ότι εξέτασα σήμερα την (Όνομα αιτήτριας):

και ότι αυτή αναμένει τοκετό στις (Ημερομηνία):

Υπογραφή ιατρού: Ονοματεπώνυμο ιατρού:

Ημερομηνία: Διεύθυνση: Τηλ.:

ΜΕΡΟΣ ΙV – ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΙΤΗΤΡΙΑ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΥΙΟΘΕΣΙΑΣ

Όνομα υιοθετημένου παιδιού:

Ημερομηνία γέννησης: Φύλο: Άρρεν Θήλυ Ημερομηνία υιοθεσίας:

ΜΕΡΟΣ V – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ

1. Επάγγελμα (πλήρης περιγραφή):

2. Δηλώστε αν είστε μισθωτή ή αυτοτελώς εργαζόμενη:

3. Διεύθυνση απασχόλησης (οδός, αριθμός):

Ενορία/Χωριό: Επαρχία: Ταχ. Κώδ.:

Τηλ.: Φαξ:

4. Ημερομηνία διακοπής της απασχόλησης:

5. Ημερομηνία που θα ξαναρχίσετε εργασία μετά τον τοκετό:

ΜΕΡΟΣ VI – ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΡΓΟΔΟΤΗ

1. Όνομα εργοδότη: Αρ. Μητρώου:

2. Διεύθυνση εργοδότη: Τηλ.: Φαξ:

3. Ημερομηνία από την οποία η αιτήτρια σταμάτησε/θα σταματήσει να εργάζεται:

4. Απολαβές της αιτήτριας πριν από τη διακοπή της εργασίας της λόγω μητρότητας: €..... την εβδομάδα/το μήνα/την ημέρα

Μέχρι ποια ημερομηνία έχετε πληρώσει/θα πληρώσετε την αιτήτρια:

5. Πληρώνετε στην αιτήτρια οποιοδήποτε ποσό κατά τη διάρκεια της άδειας μητρότητας; ΝΑΙ / ΟΧΙ

Αν “ΝΑΙ” αναφέρετε:

(α) Πλήρεις απολαβές: περίοδος από μέχρι

(β) Απολαβές μείον το επίδομα: περίοδος από μέχρι

(γ) Μειωμένες απολαβές: ποσό €..... την εβδομάδα/το μήνα/την ημέρα

περίοδος από μέχρι

Ημερομηνία: Υπογραφή εργοδότη:

ΜΕΡΟΣ VII – ΑΙΤΗΣΗ ΚΑΙ ΔΗΛΩΣΗ

Απαιτώ επίδομα μητρότητας και δηλώνω ότι οι πληροφορίες που είναι καταχωρημένες στο έντυπο αυτό είναι αληθείς.

Για σκοπούς εξέτασης της αίτησής μου, οι Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων είναι δυνατό να συλλέγουν δεδομένα από τρίτους που είναι σχετικά με το αντικείμενο της αίτησης. Παράλληλα οι Υπηρεσίες μπορούν να κοινοποιούν προσωπικά μου δεδομένα σε άλλες υπηρεσίες, σύμφωνα με τις πρόνοιες του περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμου του 2001.

Ημερομηνία: Υπογραφή αιτήτριας:

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ/ΟΔΗΓΙΕΣ

1. Η αίτηση αυτή πρέπει να υποβληθεί το αργότερο μέσα σε ΕΙΚΟΣΙ ΜΙΑ ΗΜΕΡΕΣ από την ημέρα που απαιτείται το επίδομα. Διευκρινίζεται ότι η αίτηση μπορεί να υποβληθεί μετά τη συμπλήρωση της εικοστής πέμπτης (25) εβδομάδας κύησης.

2. Αν η αίτηση υποβληθεί μετά τον τοκετό τότε η περίοδος πληρωμής καθορίζεται με βάση την ημερομηνία του τοκετού και όχι με βάση την ημερομηνία του αναμενόμενου τοκετού.

3. Πιστοποιητικό από το θεράποντα ιατρό/ιατρούς του βρέφους και πιστοποιητικό από το νοσηλευτικό ίδρυμα στο οποίο νοσηλεύτηκε το βρέφος, σε περίπτωση που αμέσως μετά τον τοκετό το βρέφος νοσηλεύεται είτε σε θερμοκοιτίδα λόγω πρόωρου τοκετού είτε νοσηλεύεται λόγω άλλου προβλήματος υγείας, για περίοδο νοσηλείας πέραν των 21 ημερών.

4. Πρωτότυπη βεβαίωση από το Τραπεζικό/Συνεργατικό Πιστωτικό Ίδρυμα, όπου να παρουσιάζεται η δικαιούχος και ο διεθνής αριθμός λογαριασμού (IBAN).

5. Μαζί με την αίτηση πρέπει να υποβληθούν τα ακόλουθα:

(α) Πιστοποιητικό υιοθεσίας από την αρμόδια αρχή σε περίπτωση που υιοθετείται το παιδί.

(β) Πιστοποιητικό γέννησης του υιοθετημένου παιδιού.