



(This is a guidance Form. You should fill and submit the application which is in greek)

Ο ΠΕΡΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΝΟΜΟΣ

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΠΙΔΟΜΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ (APPLICATION FOR SICKNESS BENEFIT)

ΠΡΟΣΟΧΗ (ATTENTION):

- Πριν συμπληρώσετε την αίτηση αυτή, διαβάστε προσεκτικά τις πληροφορίες/οδηγίες που αναγράφονται στο πίσω μέρος της αίτησης.
Before you fill this application, read carefully the information/instructions written on the back.
- 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.
Any person who intentionally makes a false statement or false claims in order to secure a benefit either for him or for another person, is subject to criminal prosecution.

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

ΜΕΡΟΣ Ι (PART I) – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ/ΑΙΤΗΤΡΙΑΣ (APPLICANT'S INFORMATION)

Όνοματεπώνυμο (Name and Surname):

Ημερομηνία Γέννησης: Αρ. Ταυτότητας: Αρ. Ασφαλίσεως:
Date of Birth ID Number Social Insurance No

Αρ. Εγγραφής Αλλοδαπού (Aliens Number): Αρ. Διαβατηρίου (Passport No):

Φύλο (Sex): Άρρεν (Male) Θήλυ (Female)

Οικογενειακή κατάσταση (family's condition):

Άγαμος(η) Έγγαμος(η) Χήρος(α) Διαζευγμένος(η) Σε διάσταση
Single Married Widow Divorced Separated

Ημερομηνία Γάμου (Date of Marriage):

Διεύθυνση (Address): Οδός/Αριθμός (Street/Number):

Ενορία/Χωριό (Parish/Village): Επαρχία (District): Ταχ. Κώδ. (Postal Code):

Τηλ. (Phone No): Φαξ (Fax No): Υπηκοότητα (Citizenship):

Αν έχετε ασφάλιση σε Σχέδιο Κοινωνικής Ασφάλισης άλλης χώρας δηλώστε (If you are insured in another country please state):

(α) τη χώρα: (β) αρ. εγγραφής: (γ) από: μέχρι:
the country registration No from till

(α) τη χώρα: (β) αρ. εγγραφής: (γ) από: μέχρι:
the country registration No from till

Όνομα Συζύγου (Husband's/Wife's name):

Ημερομηνία Γέννησης: Αρ. Ταυτότητας: Αρ. Ασφαλίσεως:
Date of Birth ID Number Social Insurance No

Αρ. Εγγραφής Αλλοδαπού (Aliens Number): Αρ. Διαβατηρίου (Passport No):

**ΜΕΡΟΣ ΙΙ – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ ΤΟΥ ΑΙΤΗΤΗ ΓΙΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΑΥΞΗΣΗ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ
PART II – INFORMATION FOR THE APPLICANT'S DEPENDANTS FOR WHOM A RAISE OF BENEFIT IS CLAIMED**

Όνοματεπώνυμο Name and Surname	Αριθμός Ταυτότητας/ Αρ. Εγγρ. Αλλοδαπού ID No./Alien Reg. No.	Ημερομηνία Γέννησης Date of Birth	Φύλο Sex	Συγγένεια Relationship

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ (PART III) – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ (EMPLOYMENT INFORMATION)

1. Επάγγελμα (πλήρης περιγραφή):
Profession (full description)

2. Δηλώστε αν είστε μισθωτός ή αυτοτελώς εργαζόμενος (State whether you are employed or self-employed):

3. Διεύθυνση απασχόλησης (Employment address): Οδός/Αριθμός (Street/Number):
Ενορία/Χωριό (Parish/Village): Επαρχία (District): Ταχ. Κώδ. (Postal Code):

Τηλ. (Phone No.): Φαξ (Fax No.):

4. Ημερομηνία έναρξης ανικανότητας για εργασία (Date from which you were unable to work):

5. Ημερομηνία διακοπής της απασχόλησης (Date of the employment suspension):

6. Η ανικανότητά σας προκλήθηκε από ατύχημα: ΝΑΙ / ΟΧΙ. Αν “ΝΑΙ”, να αναφέρετε την ημερομηνία, την ώρα του ατυχήματος και πώς προκλήθηκε το ατύχημα (Your inability was due to an accident: YES/NO. If “YES” please state the date, the time and how the accident was caused

ΜΕΡΟΣ IV (PART IV) – ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΡΓΟΔΟΤΗ (TO BE FILLED BY THE EMPLOYER)

(Οι πληροφορίες παρέχονται από τον εργοδότη, αν ο αιτητής ήταν μισθωτός κατά την ημέρα που άρχισε η ανικανότητά του για εργασία) – (if the applicant was employed the day that his inability start)

1. Όνομα εργοδότη: Αρ. Μητρώου:
Name of employer Register No

2. Διεύθυνση εργοδότη: Τηλ.: Φαξ:
Employer's address PhoneNo Fax No

3. Απολαβές του αιτητή πριν από τη διακοπή της εργασίας του λόγω ανικανότητας: € την εβδομάδα/το μήνα.
Applicant's salary before the suspension of employment due to inability per week/per month

4. Πληρώνετε στον αιτητή οποιοδήποτε ποσό κατά τη διάρκεια της ανικανότητάς του: ΝΑΙ / ΟΧΙ
Do you pay any amount to the applicant during his inability: YES/NO

Αν “ΝΑΙ” αναφέρετε (If “YES”):

(α) Πλήρεις απολαβές (Full salary): περίοδος (period) από (from) μέχρι (to)

(β) Απολαβές μείον το επίδομα (Salary minus benefit): περίοδος (period) από (from) μέχρι (to)

(γ) Μειωμένες απολαβές (Reduce salary): ποσό (amount) € την εβδομάδα/το μήνα (per week/per month)
περίοδος (period) από (from) μέχρι (to)

Ημερομηνία (Date): Υπογραφή εργοδότη (Employer's signature):

ΜΕΡΟΣ V (PART V) – ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΝ Ο ΑΙΤΗΤΗΣ ΕΙΝΑΙ ΑΥΤΟΤΕΛΩΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟ ΠΡΟΣΩΠΟ (TO BE FILLED IF THE APPLICANT IS SELF EMPLOYED)

Αν έχετε νοσηλευτεί σε νοσοκομείο ή κλινική αναφέρετε (If you have been treated in a hospital or a clinic state):

(α) Όνομα και διεύθυνση νοσοκομείου/κλινικής (Name and address of hospital/clinic):
..... Τηλ. (Phone No): Φαξ (Fax No):

(β) Περίοδος νοσηλείας (Treatment period): από (from) μέχρι (to)

ΜΕΡΟΣ VI (PART VI) – ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ΣΥΖΥΓΟΥ (SPOUSE OCCUPATION)

Δηλώστε κατά πόσο ο/η σύζυγος εργάζεται: ΝΑΙ / ΟΧΙ (State whether your spouse works: YES / NO)

ΜΕΡΟΣ VII (PART VII) – ΑΙΤΗΣΗ ΚΑΙ ΔΗΛΩΣΗ (CLAIM AND STATEMENT)

Απαιτώ επίδομα ασθενείας για την περίοδο από μέχρι και δηλώνω
I am claiming for a sickness benefit for the period from to and I declare

ότι την περίοδο αυτή δεν εργάστηκα και ότι οι πληροφορίες που είναι καταχωρημένες στο έντυπο αυτό είναι αληθείς.
that during this period I have not been working and that the information registered on this application are true.

* Εξακολουθώ να είμαι ανίκανος για εργασία / Ξανάρχισα εργασία από:
I am still unable to work/I started working since

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.

For examination purposes, the Social Insurance Services may collect data from a third party, concerning the application object. Furthermore, the SIS may give my personal data in other services according to the Processing of Personal Data (Protection of Individuals) Law 2001.

Ημερομηνία (Date): Υπογραφή αιτητή/αιτήτριας (Applicant's Signature):

* Διαγράφεται ανάλογα με την περίπτωση (To be deleted depending to the case)

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ/ΟΔΗΓΙΕΣ (INFORMATION/GUIDELINES)

- Η αίτηση αυτή πρέπει να υποβληθεί το αργότερο μέσα σε ΕΙΚΟΣΙ ΜΙΑ ΗΜΕΡΕΣ από την ημέρα που απαιτείται το επίδομα.
- Μαζί με την αίτηση πρέπει να υποβληθούν τα ακόλουθα:
 - Ιατρικό πιστοποιητικό στο οποίο να καθορίζεται η φύση και η διάρκεια της ανικανότητας για εργασία.
 - 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.
 - Πιστοποιητικό υπηρεσίας για κάθε άγαμο γιο ηλικίας μέχρι 25 χρόνων που υπηρετεί τη θητεία του στην Εθνική Φρουρά.
 - Ιατρικό πιστοποιητικό για ανάπηρο άγαμο παιδί πέραν των 15 χρόνων που είναι μόνιμα ανίκανο για εργασία και συντηρείται από τον αιτητή.
 - Πιστοποιητικό γέννησης για κάθε εξαρτώμενο παιδί αν η αίτηση υποβάλλεται για πρώτη φορά.
- The application must be submitted within twenty one days from the date which the benefit is claimed.
- Together with the application, the following should be submit)
 - A Medical Certificate specifying the nature and the duration of the work inability.
 - A School Attendance certificate for each dependant single child. For girls aged between 15-23 ye ars old. For boys, aged between 15-25 ye ars old.
 - A Military service certificate for each single dependant son, up to 25 ye ars old, doing his service in the National Guard.
 - A medical certificate for a disable, single child over 15 ye ars old who is permanently incapable of working and is supported from the applicant.
 - A Birth certificate for each dependant child if the application is submitted for the first time.