ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
1465 ΛΕΥΚΩΣΙΑ

ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Ο ΠΕΡΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΝΟΜΟΣ

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΠΕΡΙΟΔΟΥ ΕΞΟΜΟΙΟΥΜΕΝΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΩΝ ΠΕΡΙ ΓΟΝΙΚΗΣ ΑΔΕΙΑΣ, ΑΔΕΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΑΔΕΙΑΣ ΓΙΑ ΛΟΓΟΥΣ ΑΝΩΤΕΡΑΣ ΒΙΑΣ ΝΟΜΟ

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

ΠΡΟΣΟΧΗ:

1. Η αίτηση θα πρέπει να υποβληθεί από τον εργοδοτούμενο μέσα σε τρεις μήνες από τη λήξη κάθε περιόδου άδειας φροντίδας ή άδειας για λόγους ανωτέρας βίας.
2. Πριν συμπληρώσετε την αίτηση αυτή, διαβάστε προσεκτικά τις πληροφορίες που αναγράφονται στο πίσω μέρος της αίτησης.
3. 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

ΜΕΡΟΣ Ι – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ/ΑΙΤΗΤΡΙΑΣ

Ονοματεπώνυμο :.....

Ημερομηνία Γέννησης :..... Αρ. Ταυτότητας : ..... Αρ. Κοιν. Ασφαλίσεως: .....

Αρ. Εγγραφής Αλλοδαπού: ..... Αρ. Διαβατηρίου: .....

Υπηκοότητα: ----------

Φύλο: Άρρεν ☐ Θήλυ ☐

Οικογενειακή Κατάσταση:

Άγαμος(η) ☐ Έγγαμος(η) ☐ Χήρος(α) ☐ Διαζευγμένος(η) ☐ Σε διάσταση ☐
(Χ ανάλογα)

Διεύθυνση: Ο δ ό ς /Αριθμός: .....

.....

Ενορία·/Χωριό: .....

Επαρχία·: ..... Ταχ. Κώδ.: .....

Τηλ.: ..... Ηλεκ./διεύθυνση:.....

ΜΕΡΟΣ ΙΙ – ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΝΑΛΟΓΑ

ΑΔΕΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Περίοδος* που ζητείται άδεια φροντίδας: (α) Από..... μέχρι ----------.

(β) Από ..... μέχρι ----------

Παρακαλώ όπως δηλώσετε τη σχέση** σας με το άτομο για το οποίο θα λάβετε την άδεια φροντίδας: ……

Παρακαλώ όπως δηλώσετε κατά πόσο κατοικείτε στο ίδιο νοικοκυριό με το άτομο για το οποίο θα λάβετε την άδεια φροντίδας: ΝΑΙ/ΟΧΙ

*Η Ελάχιστη διάρκεια της άδειας φροντίδας είναι μία(1) μέρα και μέγιστη πέντε(5) μέρες ετησίως.

**τέκνο/μητέρα/πατέρας/σύζυγος/συμβίος/α με τον/την οποία έχετε συνάψει πολιτική συμβίωση σύμφωνα με τους περί Πολιτικής Συμβίωσης Νόμους του 2015 και 2020

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΤΟΜΟΥ ΓΙΑ ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΑΔΕΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Ονοματεπώνυμο:.....

Ημερομηνία Γέννησης: .....

Αρ. Ταυτότητας: .....

Αρ. εγγραφής αλλοδαπού: ……..

Ημερομηνία γέννησης: .....

Ιατρικός λόγος που επιβάλλει τη παροχή άδειας φροντίδας: ……..

ΑΔΕΙΑ ΛΟΓΩ ΑΝΩΤΕΡΑΣ ΒΙΑΣ

Περίοδος* που ζητείται άδεια λόγω ανωτέρας βίας: (α) Από ..... μέχρι ……

(β) Από ..... μέχρι ……

*Η Ελάχιστη διάρκεια της άδειας λόγω ανωτέρας βίας είναι μία (1) μέρα και μέγιστη επτά (7) μέρες ετησίως

.

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ (Συμπληρώνεται από τον εργοδότη)

1. Όνομα Εργοδότη:……
2. Αριθμός Μητρώου Εργοδότη:……
3. Διεύθυνση:……Τηλ.: ……
4. Ηλεκ./ διεύθυνση: ……
5. Ημερομηνία έναρξης απασχόλησης του αιτητή/αιτήτριας:……
6. Πληρώνετε στον αιτητή οποιοδήποτε ποσό κατά τη διάρκεια της άδειας του: ΝΑΙ /ΟΧΙ
7. Βεβαιώνω τη λήψη άδειας φροντίδας/ανωτέρας βίας για περίοδο από ……..μέχρι ……

Ημερομηνία:…… Υπογραφή Εργοδότη: ……..……

ΜΕΡΟΣ IV – ΑΙΤΗΣΗ ΚΑΙ ΔΗΛΩΣΗ

Απαιτώ ασφαλιστέες αποδοχές για περίοδο εξομοιούμενης ασφάλισης για περίοδο:

α) άδειας φροντίδας από ……μέχρι ……

β) άδεια λόγω ανωτέρας βίας από ……μέχρι ……

και δηλώνω ότι την περίοδο αυτή δεν εργάστηκα, δεν ήμουν ανίκανος για εργασία ή άνεργος και οι πληροφορίες που είναι καταχωρημένες στο έντυπο αυτό είναι αληθινές.

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα πιο πάνω στοιχεία είναι αληθή. Εξουσιοδοτώ τις Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Υ.Κ.Α.) του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, να επαληθεύσουν σε συνεργασία με άλλες αρμόδιες Αρχές της Δημοκρατίας, με Οργανισμούς/Φορείς/Επιχειρήσεις όσα από τα στοιχεία που περιέχονται στην αίτηση μου κρίνουν απαραίτητο.

Εγώ ο πιο πάνω υπογράφοντας δηλώνω ότι:

1. Δίδω την παρούσα εξουσιοδότηση στα πλαίσια της αίτησης για χορήγηση Περιόδου Εξομοιούμενης Ασφάλισης ασφάλισης με βάση τον " περί Γονικής Άδειας, Άδειας Φροντίδας και Άδειας για Λόγους Ανωτέρας Βίας Νόμο ".
2. Αντιλαμβάνομαι ότι, οι πιο πάνω πληροφορίες που με αφορούν και η πιο πάνω ενημέρωση προς τις Υ.Κ.Α. είναι απαραίτητη, ούτως ώστε να καταστεί δυνατή η εξέταση αίτησης για χορήγηση περιόδου εξομοιούμενης ασφάλισης με βάση τον " περί Γονικής Άδειας, Άδειας Φροντίδας και Άδειας για Λόγους Ανωτέρας Βιας Νόμο".
3. Σε περίπτωση ανάκλησης της εξουσιοδότησης αυτής, υποχρεώνομαι να ενημερώσω άμεσα το Διευθυντή των Υ.Κ.Α.

Ημερομηνία: …… 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 εκδηλώνονται 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 πού είναι το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων για σκοπούς εξέτασης της παρούσας αίτησης μου.
Αποδεκτές των δεδομένων θα είναι το αρμόδιο προσωπικό του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Τα προσωπικά δεδομένα που περιλαμβάνονται στα αρχεία που τηρεί το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων μπορούν να ανακοινώνονται ή να μεταδίδονται μεταξύ των εμπλεκομένων 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 της 27ης Απριλίου 2016. Επίσης, πληροφορούμε ότι, μεταξύ άλλων έχω τα δικαιώματα ενημέρωσης, πρόσβασης, διορθώσης 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 της 27ης Απριλίου 2016 για τα οποία μπορώ να απευθυνθώ στον Υπεύθυνο Επεξεργασίας (το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων).

ΓΙΑ ΕΠΙΣΗΜΗ ΧΡΗΣΗ

Η αίτηση για χορήγηση πιστώσεων άδειας φροντίδας/άδειας για λόγους ανωτέρας βίας εγκρίνεται για την περίοδο: από ……. μέχρι……

Ημερομηνία καταχώρησης: ……Υπογραφή:……

ΟΔΗΓΙΕΣ ΧΡΗΣΗΣ /ΔΗΛΩΣΕΙΣ/ΟΡΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ

Η αίτηση θα πρέπει να υποβληθεί από τον εργοδοτούμενο μέσα σε τρεις μήνες από τη λήξη κάθε περιόδου άδειας φροντίδας ή άδειας για λόγους ανωτέρας βίας.

ΑΔΕΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Η Άδεια Φροντίδας χορηγείται στους δικαιούχους για λόγους παροχής προσωπικής φροντίδας ή υποστήριξης σε συγγενή ή πρόσωπο που κατοικεί στο ίδιο νοικοκυριό με τον αιτητή και έχει ανάγκη σημαντικής φροντίδας ή υποστήριξης για σοβαρό ιατρικό λόγο.

ΑΔΕΙΑ ΛΟΓΩ ΑΝΩΤΕΡΑΣ ΒΙΑΣ

Η Άδεια Λόγω Ανωτέρας Βίας χορηγείται στους δικαιούχους για λόγους ανωτέρας βίας που συνδέονται με επείγοντες οικογενειακούς λόγους, οι οποίοι αφορούν ασθένεια ή ατύχημα που καθιστούν απαραίτητη την άμεση παρουσία του αιτητή.

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΑ / ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΙΤΙΚΑ / ΕΓΓΡΑΦΑ:

- Ιατρική βεβαίωση για τη κατάσταση του ατόμου, για το οποίο απαιτείται η άδεια φροντίδας

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

Ονοματεπώνυμο: ……

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

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

Ημερ. παραλαβής της αίτησης …….. Σφραγίδα και υπογραφή παραλήπτη