



Ο ΠΕΡΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΝΟΜΟΣ

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΠΙΔΟΜΑ ΠΑΤΡΟΤΗΤΑΣ

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 ΑΙΤΗΤΗ

Όνοματεπώνυμο: Ημερομηνία Γέννησης:

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

Αρ. Εγγραφής Αλλοδαπού: Αρ. Διαβατηρίου:

Οικογενειακή κατάσταση:

Άγαμος Έγγαμος Χήρος Διαζευγμένος Σε διάσταση

Ημερομηνία Γάμου:

Διεύθυνση: Οδός/Αριθμός:

Ενορία/Χωριό: Επαρχία: Ταχ. Κώδ.:

Τηλ.: Φαξ: Υπηκοότητα:

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 Ιδρύματος:

Αρ. Υποκαταστήματος Τράπεζας:

IBAN (Τραπεζικός Λογαριασμός):

BIC (Κωδικός Swift Τράπεζας):

Διεύθυνση Τραπεζικού 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 ΠΑΙΔΙΟΥ/ΠΑΙΔΙΩΝ

Όνομα παιδιού:

Ημερομηνία γέννησης παιδιού/παιδιών:

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ – ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕΣΩ ΠΑΡΕΝΘΕΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ

Όνομα παιδιού: Ημερ. γέννησης παιδιού:

ΜΕΡΟΣ IV – ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΙΤΗΤΗ 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 μισθωτός ή αυτοτελώς εργαζόμενος:

3. Διεύθυνση απασχόλησης (οδός, αριθμός):

Ενορία/Χωριό: Επαρχία: Ταχ. Κώδ.:

Τηλ.: Φαξ:

4. Ημερομηνία διακοπής της απασχόλησης:

5. Ημερομηνία που θα ξαναρχίσετε εργασία:

ΜΕΡΟΣ VI – ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΡΓΟΔΟΤΗ

1. Όνομα εργοδότη: Αρ. Μητρώου:

2. Διεύθυνση εργοδότη: Τηλ.: Φαξ:

3. Ημερομηνία από την οποία ο αιτητής σταμάτησε/θα σταματήσει να εργάζεται:

4. Απολαβές του αιτητή πριν από τη διακοπή της εργασίας του λόγω πατρότητας: €..... την εβδομάδα/το μήνα/την ημέρα

Μέχρι ποια ημερομηνία έχετε πληρώσει/θα πληρώσετε τον αιτητή:

5. Πληρώνετε στον αιτητή οποιοδήποτε ποσό κατά τη διάρκεια της άδειας πατρότητας; 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

6. Ημερομηνία επανέναρξης εργασίας του αιτητή:

Ημερομηνία: Υπογραφή εργοδότη:

ΜΕΡΟΣ VII – ΑΙΤΗΣΗ ΚΑΙ ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Απαιτώ επίδομα πατρότητας 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 Επιδόματος Πατρότητας”.
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 III 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 το αργότερο μέσα σε ΕΙΚΟΣΙ ΜΙΑ ΗΜΕΡΕΣ από την ημέρα που απαιτείται το επίδομα.
2. Πρωτότυπο πιστοποιητικό γέννησης παιδιού.
3. Πρωτότυπο πιστοποιητικό γάμου.
4. 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.
5. Πρωτότυπη βεβαίωση από το Τραπεζικό Ίδρυμα, όπου να παρουσιάζεται ο δικαιούχος και ο διεθνής αριθμός λογαριασμού (IBAN).
6. 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.
7. Διάταγμα δικαστηρίου που εκδόθηκε με βάση το άρθρο 24 του Περί Εφαρμογής της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής Νόμου σε περίπτωση απόκτησης παιδιού μέσω παρένθετης μητέρας.

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