



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

Ο ΠΕΡΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΝΟΜΟΣ

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΠΙΔΟΜΑ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ (APPLICATION FOR MATERNITY ALLOWANCE)

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 είτε για τον εαυτό του είτε για άλλο πρόσωπο, υπόκειται σε ποινική δίωξη.
Any person who intentionally makes a false statement or false claims in order to secure an allowance either for him or for another person, is subject to criminal prosecution.

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

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

Όνοματεπώνυμο (Name and Surname):

Ημερομηνία Γέννησης: Αρ. Ταυτότητας: Αρ. Κοιν. Ασφαλίσεων:
Date of Birth I.D. Number Social Insurance No

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

Οικογενειακή κατάσταση (Family Condition)

Άγαμη Έγγαμη Χήρα Διαζευγμένη Σε διάσταση Ημερομηνία γάμου:
Single Married Widow Divorced Separated (Date of Marriage)

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

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

Αρ. Τηλ. (Phone No): Αρ. Φαξ (Fax No):

Όνομα Συζύγου (Husband's Name):

Ημερομηνία Γέννησης: Αρ. Ταυτότητας: Αρ. Κοιν. Ασφαλίσεων:
Date of Birth I.D. Number Social Insurance No

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

Υπηκοότητα (Citizenship):

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

(α) τη χώρα: (β) τον αριθμό ασφαλίσεως: (γ) για ποια περίοδο:
the country Social Insurance No for which period

(α) τη χώρα: (β) τον αριθμό ασφαλίσεως: (γ) για ποια περίοδο:
the country Social Insurance No for which period

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

Όνομα Name	Αρ. Ταυτότητας ID Number	Ημερομηνία Γέννησης Date of Birth	Φύλο Sex	Συγγένεια Relationship

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ – ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ (συμπληρώνεται από εγγεγραμμένο γιατρό όχι ενωρίτερα από οκτώ εβδομάδες από την εβδομάδα που αναμένεται ο τοκετός)
PART III – CERTIFICATION OF THE EXPECTED BIRTH (to be completed by a registered doctor not earlier than eight weeks from the week the birth is expected)

Πιστοποιώ ότι εξέτασα σήμερα την (Όνομα αιτήτριας):

I hereby certify that today I examined (applicant's name)

και ότι αυτή αναμένει τοκετό στις (Ημερομηνία):

and she is expecting delivery at (Date)

Υπογραφή γιατρού: Ονοματεπώνυμο γιατρού:

Doctor's Signature

Doctor's Name and Surname

Ημερομηνία: Διεύθυνση: Τηλ.:

Date

Address

Tel.

ΜΕΡΟΣ ΙV (PART IV) – ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΙΤΗΤΡΙΑ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΥΙΟΘΕΣΙΑΣ (TO BE FILLED BY THE APPLICANT IN CASE OF ADOPTION)

Όνομα υιοθετημένου παιδιού (Name of adopted child):

Ημερομηνία γέννησης: Φύλλο: Άρρεν: Θήλυ: Ημερομηνία υιοθεσίας:

Date of Birth

Sex Male

Female

Date of Adoption

ΜΕΡΟΣ V (PART V) – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ (EMPLOYMENT INFORMATION)

1. Επάγγελμα (πλήρης περιγραφή):

Profession (full description)

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

3. Διεύθυνση απασχόλησης (Employment address):

Οδός/Αριθμός (Street/Number): Ενορία/Χωριό (Parish/Village):

Επαρχία: Ταχ. Κώδ.: Αρ. Τηλ.: Αρ. Φαξ:

District

Postal Code

Phone No

Fax No

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

5. Ημερομηνία που θα ξαναρχίσετε εργασία μετά τον τοκετό (.....):

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

1. Όνομα εργοδότη: Αρ. Μητρώου:

Name of employer

Register No.

2. Διεύθυνση εργοδότη: Αρ. Τηλ.: Αρ. Φαξ:

Name of employer

Phone No

Fax No

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

Date from which the applicant stopped/will stop working

4. Απολαβές της αιτήτριας πριν από τη διακοπή της εργασίας λόγω μητρότητας € την εβδομάδα/το μήνα/την ημέρα:
The applicants salary before the work interruption per week/per month/per day

Μέχρι ποια ημερομηνία έχετε πληρώσει/θα πληρώσετε την αιτήτρια;

Till which day have you paid/will pay the applicant?

5. Πληρώνετε την αιτήτρια οποιοδήποτε ποσό κατά τη διάρκεια της άδεια μητρότητας; ΝΑΙ/ΟΧΙ Αν ΝΑΙ αναφέρετε:
Do you pay to the applicant any amount during her maternity leave? YES/NO If YES mention:

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

(β) Απολαβές μείον το επίδομα (salary minus allowance): περίοδος (period) από (from) μέχρι (to)

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

Ημερομηνία (Date): Υπογραφή Εργοδότη (Employer's Signature):

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

Απαιτώ επίδομα μητρότητας και δηλώνω ότι οι πληροφορίες που καταχωρήθηκαν στο έντυπο αυτό είναι αληθινές.

I am claiming for a Maternity allowance and I declare that the information registered on this paper are true.

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 αιτήτριας (Applicant's Signature):

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ/ΟΔΗΓΙΕΣ: 1. Η αίτηση αυτή πρέπει να υποβληθεί το αργότερο μέσα σε εβδομήντα μέρες από την ημέρα που απαιτείται το επίδομα. Διευκρινίζεται ότι η αίτηση μπορεί να υποβληθεί από τον 7ον μήνα της 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. Μαζί με την αίτηση πρέπει να υποβληθούν τα ακόλουθα πιστοποιητικά: (α) Πιστοποιητικό υιοθεσίας από την αρμόδια αρχή σε περίπτωση που υιοθετείται το παιδί. (β) Πιστοποιητικό γέννησης του υιοθετημένου παιδιού.

INFORMATION/INSTRUCTIONS: 1. The application must be submitted within twenty days from the day for which the benefit is claimed. The application can also be submitted from the 7th month of pregnancy. 2. If the application is submitted after the birth, then the payment period is defined based on the birthday and not the date of the expected birthdate. 3. Together with the application, the following should be submitted: (a) In the case of adoption an adoption certificate from the responsible authority. (b) Birth Certificate of the adopted child.

(Έντυπο Υ.Κ.Α. 3-007)