



Ο ΠΕΡΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΝΟΜΟΣ

**ΑΙΤΗΣΗ ΑΥΤΟΤΕΛΩΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ  
ΓΙΑ ΠΛΗΡΩΜΗ ΕΙΣΦΟΡΩΝ ΜΕ ΒΑΣΗ  
ΤΟ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ**

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

**ΠΡΟΣΟΧΗ:**

1. Η αίτηση αυτή συμπληρώνεται από τον ασφαλισμένο και παραδίδεται ή αποστέλλεται στο πλησιέστερο Γραφείο Υπηρεσιών Κοινωνικών Ασφαλίσεων.
2. Ο αιτητής μέχρι την εξέταση της αίτησής του, υποχρεούται να πληρώνει εισφορές πάνω στο ποσό εισοδήματος που δηλώνει στην αίτησή του.
3. Σε περίπτωση που από την εξέταση της αίτησης του αποδειχτεί ότι ο ασφαλισμένος έχει πραγματικό εισόδημα ψηλότερο από το κατώτατο εισόδημα που καθορίζεται για την επαγγελματική του κατηγορία, θα είναι υποχρεωμένος να πληρώνει εισφορές με βάση το πραγματικό του εισόδημα, μέχρι το ανώτατο όριο ασφαλιστέων αποδοχών.
4. Πρόσωπο που προβαίνει σε ψευδή δήλωση, διαπράττει ποινικό αδίκημα για το οποίο σε περίπτωση καταδίκης υπόκειται σε φυλάκιση μέχρι δύο χρόνια ή σε χρηματική ποινή μέχρι €1.708 ή και στις δύο ποινές.
5. Η παρούσα αίτηση δε θεωρείται παραληφθείσα αν από τον έλεγχο που θα διενεργηθεί δεν έχουν υποβληθεί τα απαιτούμενα στοιχεία και δικαιολογητικά.

**ΜΕΡΟΣ Ι - ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΥΤΟΤΕΛΩΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ**

Όνοματεπώνυμο:.....

Ημερομηνία Γέννησης: ..... Αρ. Ταυτότητας: ..... Αρ. Κοιν. Ασφαλίσεων:.....

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

Αρ. Εγγραφής ΕΕ:..... Χώρα:.....

Αρ. Εγγραφής ΦΠΑ:..... Αρ. Φορολογικής Ταυτότητας:.....

Διεύθυνση Απασχόλησης: Οδός/Αριθμός.....

Δήμος/Κοινότητα: ..... Επαρχία: ..... Ταχ. Κώδ.:.....

Αρ. Τηλ.:..... Αρ. Φαξ:..... Ηλεκτρονική Διεύθυνση:.....

Διεύθυνση Αλληλογραφίας :

Οδός/Αριθμός:.....

Δήμος/Κοινότητα: ..... Επαρχία ..... Ταχ. Κώδ.:.....

Διεύθυνση Διαμονής: Οδός/Αριθμός:.....

Δήμος/Κοινότητα: ..... Επαρχία: ..... Ταχ. Κώδ.:.....

Αρ. Τηλ.: ..... Αρ. Φαξ:.....

Δηλώστε κατά πόσον υπάρχει συστέγαση επαγγελματικού χώρου ΝΑΙ  ΟΧΙ  συνεταιρισμός ΝΑΙ  ΟΧΙ

δωρεάν παραχώρηση επαγγελματικού χώρου ΝΑΙ  ΟΧΙ

Εάν ναι, με ποια πρόσωπα:

Όνομα:..... ΑΚΑ..... ΑΜΕ.....

Όνομα:..... ΑΚΑ..... ΑΜΕ.....

Όνομα:..... ΑΚΑ..... ΑΜΕ.....

Επάγγελμα και Ημερ. Έναρξης:.....Αρ.Εργοδοτουμένων:.....

Οικογενειακή Κατάσταση: Άγαμος/η  Έγγαμος/η  Χήρος/α  Διαζευγμένος/η

## ΜΕΡΟΣ II – ΔΗΛΩΣΗ

Κατά τη διάρκεια του προηγούμενου ημερολογιακού έτους ασκούσα το επάγγελμα για το οποίο υποβάλλεται η παρούσα αίτηση: ΝΑΙ  ΟΧΙ

Το εβδομαδιαίο ποσό πάνω στο οποίο επιθυμώ να καταβάλλω εισφορές για το ημερολογιακό έτος 20..... είναι.....  
Δηλώνω ότι ο εβδομαδιαίος μέσος όρος των καθαρών αποδοχών μου για το προηγούμενο ημερολογιακό έτος 20..... ήταν €.....

Για ολόκληρο το προηγούμενο ημερολογιακό έτος 20.....:

(α) Ο ΕΤΗΣΙΟΣ ΚΥΚΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ (Ακαθάριστό εισόδημα) ΗΤΑΝ €.....

(β) ΤΟ ΕΤΗΣΙΟ ΚΟΣΤΟΣ ΠΩΛΗΣΕΩΝ ΗΤΑΝ €.....

(γ) ΤΑ ΕΤΗΣΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΕΞΟΔΑ ΜΟΥ ΓΙΑ ΑΣΚΗΣΗ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΜΟΥ ΗΤΑΝ €..... (Ανάλυση στο Μέρος V)

(δ) ΤΟ ΕΤΗΣΙΟ ΚΑΘΑΡΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΜΟΥ ΗΤΑΝ €.....

\*ημερολογιακό έτος σημαίνει το έτος που προηγείται του έτους εισφορών για το οποίο οφείλετε να καταβάλετε εισφορές.

Υποχρεούμαι να υποβάλλω φορολογική δήλωση Φ.Π.Α με βάση τη σχετική νομοθεσία. ΝΑΙ  ΟΧΙ

## ΜΕΡΟΣ III – ΕΣΟΔΑ

Αναφορικά με τα έσοδα είναι απαραίτητο να προσκομιστούν τα ακόλουθα αποδεικτικά στοιχεία:

- Ετήσια συγκεντρωτική κατάσταση με αριθμό τιμολογίων και αποδείξεων εισπράξεων με το αντίστοιχο ποσό ή κατάσταση μνήμης από ηλεκτρονική ταμειακή μηχανή – z, όπου υπάρχει.

## ΜΕΡΟΣ IV- ΚΟΣΤΟΣ ΠΩΛΗΣΕΩΝ

- Συγκεντρωτική ετήσια κατάσταση αγορών/εμπορευμάτων.

## ΜΕΡΟΣ V - ΑΝΑΛΥΣΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΩΝ ΕΞΟΔΩΝ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΑ ΓΙΑ ΑΣΚΗΣΗ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΤΟ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ ΗΜΕΡΟΛΟΓΙΑΚΟ ΕΤΟΣ

1.	Επαγγελματική στέγη : Ιδιόκτητη <input type="checkbox"/> Ενοικιαζόμενη <input type="checkbox"/> Συστέγαση <input type="checkbox"/> Δωρεάν Παραχώρηση <input type="checkbox"/>	€
2.	Μισθοί υπαλλήλων:	€
3.	Κατανάλωση Ηλεκτρισμού:	€
4.	Κατανάλωση Νερού:	€
5.	Τηλεπικοινωνία (τηλέφωνο, διαδίκτυο κλπ):	€
6.	Δημοτικοί Φόροι/Τέλη:	€
7.	Άλλα έξοδα : (επαγγελματική ασφάλεια, άδεια εξασκήσεως επαγγέλματος κλπ)	€
	.....	€
	.....	€
	.....	€
	<b>ΣΥΝΟΛΟ ΕΞΟΔΩΝ</b>	€

Αναφορικά με τα έξοδα που καταγράφονται πιο πάνω είναι απαραίτητο να προσκομιστούν όλα τα αποδεικτικά στοιχεία που να επιβεβαιώνουν τα όσα δηλώνονται.

- Αναφορικά με το ενοικιαστήριο έγγραφο, πρέπει να προσκομίζεται αντίγραφο έγκυρης σύμβασης ενοικίασης ακίνητης ιδιοκτησίας ή αποδεικτικά καταβολής ενοικίου.
- Αναφορικά με λογαριασμούς κοινής ωφελείας, να προσκομίζονται ετήσιες συγκεντρωτικές καταστάσεις .
- Σε περίπτωση συστέγασης ή δωρεάν παραχώρησης επαγγελματικού χώρου, να προσκομίζεται υπεύθυνη δήλωση που να το επιβεβαιώνει.

## ΜΕΡΟΣ VI

Άλλες πληροφορίες :

1. Να επισυναφθεί ετήσιο Ισοζύγιο Καθολικού (Trial Balance) του προηγούμενου ημερολογιακού έτους (εάν υπάρχει)
2. Ετήσιοι λογαριασμοί και έκθεση Λογιστή/Ελεγκτή του προηγούμενου ημερολογιακού έτους (εάν υπάρχει)

Παρακαλώ απαντήστε κατά πόσον κατά το προηγούμενο ημερολογιακό έτος :

1. Έχετε λάβει πληρωμές από το Γενικό Λογιστήριο του Κράτους ; ΝΑΙ  ΟΧΙ
2. Υποβάλατε προσφορές προς το Δημόσιο ή αλλού; ΝΑΙ  ΟΧΙ
3. Έχετε αγοράσει μηχανήματα και εξοπλισμό για την επιχείρησή σας το προηγούμενο έτος; ΝΑΙ  ΟΧΙ   
Αν ΝΑΙ να μην συμπεριληφθεί στο ΜΕΡΟΣ V
4. Είστε λήπτης Ελάχιστου Εγγυημένου Εισοδήματος (Ε.Ε.Ε.); ΝΑΙ  ΟΧΙ

## 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 και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων, για σκοπούς εξέτασης της παρούσας αίτησής μου. Αποδέκτες 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 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 και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων).

## ΜΕΡΟΣ VII – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα πιο πάνω στοιχεία είναι αληθή. Εξουσιοδοτώ τις Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΥΚΑ) του Υπουργείου Εργασίας 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 αυτοτελώς εργαζομένου για πληρωμή εισφορών με βάση το πραγματικό μου εισόδημα.
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 τον Διευθυντή των ΥΚΑ.

Αν δεν υπογραφεί η παρούσα εξουσιοδότηση τότε αυτόματα η παρούσα αίτηση θεωρείται ως μη παραληφθείσα.

Ημερομηνία: .....

Όνοματεπώνυμο: .....

Υπογραφή: .....

Ημερομηνία:.....

Υπογραφή Ασφαλισμένου:.....

**ΓΙΑ ΕΠΙΣΗΜΗ ΧΡΗΣΗ**

**I. Παρατηρήσεις του Προϊστάμενου Κλάδου**

Κατώτατο καθορισμένο εβδομαδιαίο εισόδημα: €..... Αρ. Επαγγελματικής Κατηγορίας:.....

- Παραπέμπεται για διερεύνηση: ΝΑΙ/ΟΧΙ

Ημερομηνία: ..... Υπογραφή:.....

Όνομα Λειτουργού:.....

- Εγκρίνεται για εβδομαδιαίο εισόδημα: €..... για το 20.....

- Απορρίπτεται.

Ημερομηνία:..... Υπογραφή:.....

Όνομα Λειτουργού:.....

Ημερομηνία καταχώρησης: ..... Υπογραφή:.....

Όνομα Λειτουργού:.....

**II. Παρατηρήσεις Επιθεωρητή**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Ημερομηνία:.....

Υπογραφή:.....

Όνομα Λειτουργού:.....

Θέση: