



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ



ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
1465 ΛΕΥΚΩΣΙΑ

Ο ΠΕΡΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΝΟΜΟΣ
**ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΠΙΔΟΜΑ/ΧΟΡΗΓΗΣΗ
ΕΞΟΜΟΙΟΥΜΕΝΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΓΟΝΙΚΗΣ ΑΔΕΙΑΣ**
ΠΡΟΣΟΧΗ:

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

1. Πριν συμπληρώσετε την αίτηση αυτή, διαβάστε προσεκτικά τις πληροφορίες που αναγράφονται στο πίσω μέρος της αίτησης. Χωρίς την προσκόμιση των απαραίτητων βεβαιώσεων δεν είναι δυνατή η εξέταση της αίτησης σας.
2. 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

Όνοματεπώνυμο :

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

Αρ. Εγγραφής Αλλοδαπού: Αρ. Διαβατηρίου:

Φύλο: Άρρεν Θήλυ

Οικογενειακή Κατάσταση:

Άγαμος(η) Έγγαμος(η) Χήρος(α) Διαζευγμένος(η) Σε διάσταση

Διεύθυνση: Οδός/Αριθμός:

Ενορία/Χωριό: Επαρχία: Ταχ. Κώδ.:

Τηλ.: Ηλεκ. διεύθυνση: Υπηκοότητα.....

Σχέση προς το παιδί για το οποίο απαιτείται γονική άδεια (μητέρα/πατέρας)

Σημείωση: Η πληρωμή του επιδόματος θα σας καταβληθεί/καταβάλλεται στον τραπεζικό λογαριασμό που έχετε δηλώσει στις Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων για να λάβετε άλλη παροχή/πληρωμή από το Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων, το Κεντρικό Ταμείων 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:

Συμπληρώνεται μόνο εάν έχετε ασφάλιση σε Σχέδιο Κοινωνικών Ασφαλίσεων άλλου κράτους μέλους Ευρωπαϊκής Ένωσης, του Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου ή στην Ελβετία, δηλώστε:

(α) τη χώρα: (β) αρ. ασφαλίσεως: (γ) από: μέχρι:

(α) τη χώρα: (β) αρ. ασφαλίσεως: (γ) από: μέχρι:

(α) τη χώρα: (β) αρ. ασφαλίσεως: (γ) από: μέχρι:

Καταβολή επιδόματος Χορήγηση **μόνο** εξομοιούμενης ασφάλισης Και τα δύο

Περίοδος* που ζητείται το επίδομα: (α) Από μέχρι

(β) Από μέχρι

(γ) Από μέχρι

Περίοδος** που ζητείται εξομοιούμενη ασφάλιση:

(α) Από μέχρι

(β) Από μέχρι

(γ) Από μέχρι

*Η Ελάχιστη διάρκεια της άδειας είναι μια μέρα και μέγιστη διάρκεια, για σκοπούς επιδόματος:

3 εβδομάδες ανά ημερολογιακό έτος για τα έτη 2022 και 2023
4 εβδομάδες ανά ημερολογιακό έτος για το 2024
5 εβδομάδες ανά ημερολογιακό έτος από το 2025 και μετά

** Το σύνολο της περιόδου καταβολής επιδόματος και χορήγησης εξομοιούμενης ασφάλισης δεν μπορεί να υπερβαίνει τις 5 εβδομάδες ανά ημερολογιακό έτος

*** Σε περίπτωση που δε θεμελιώνετε δικαίωμα σε επίδομα γονικής άδειας θα εξεταστεί το δικαίωμα σας σε εξομοιούμενη περίοδο ασφάλισης .

Παρακαλώ όπως δηλώσετε τις προηγούμενες περιόδους για τις οποίες έχετε εξασφαλίσει επίδομα γονικής άδειας σε άλλα Κράτη Μέλη της ΕΕ, του ΕΟΧ ή την Ελβετία:

(α) τη χώρα: (β) από: μέχρι:
(α) τη χώρα: (β) από: μέχρι:
(α) τη χώρα: (β) από: μέχρι:

Προτίθεμαι να αξιοποιήσω την περίοδο επιδόματος γονικής άδειας για την επιμέλεια/φροντίδα του παιδιού που αναφέρεται στο Μέρος II της αίτησης: ΝΑΙ/ ΟΧΙ

ΜΕΡΟΣ II – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΙΔΙΟΥ ΓΙΑ ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΕΠΙΔΟΜΑ ΓΟΝΙΚΗΣ ΑΔΕΙΑΣ

<u>Συμπληρώνεται σε όλες τις περιπτώσεις τοκετού</u>	<u>Συμπληρώνεται στην περίπτωση υιοθεσίας</u>
Όνοματεπώνυμο παιδιού:.....	Όνοματεπώνυμο παιδιού:.....
Ημερομηνία Γέννησης παιδιού:	Ημερομηνία διατάγματος υιοθεσίας:.....
Αρ. Ταυτότητας παιδιού:	Αρ. Ταυτότητας παιδιού:
Αρ. εγγραφής αλλοδαπού:	Αρ. εγγραφής αλλοδαπού:
Ημερομηνία λήξης άδειας μητρότητας / πατρότητας (ανάλογα):	Ημερομηνία γέννησης παιδιού:
	Ημερομηνία λήξης άδειας μητρότητας / πατρότητας (ανάλογα):
Αφορά η αίτηση σας παιδί που έχει πιστοποιηθεί από το Σύστημα Αξιολόγησης Αναπηρίας του Τμήματος Κοινωνικής Ενσωμάτωσης Ατόμων με Αναπηρία: ΝΑΙ/ΟΧΙ	
Σε περίπτωση που αφορά παιδί που έχει πιστοποιηθεί από το Σύστημα Αξιολόγησης Αναπηρίας του Τμήματος Κοινωνικής Ενσωμάτωσης Ατόμων με Αναπηρία ως άτομο με αναπηρία παρακαλώ όπως επισυναφθεί η σχετική πιστοποίηση από το αρμόδιο Τμήμα (βλ. απαιτούμενα πιστοποιητικά)	

ΜΕΡΟΣ III – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ (Συμπληρώνεται από τον εργοδότη)

- Όνομα Εργοδότη:
- Αριθμός Μητρώου Εργοδότη:
- Διεύθυνση:..... Τηλ.:
- Ηλεκ.διεύθυνση:
- Ημερομηνία έναρξης απασχόλησης του αιτητή/αιτήτριας:.....
- Πληρώνετε στον αιτητή οποιοδήποτε ποσό κατά τη διάρκεια της άδειας του: ΝΑΙ / ΟΧΙ:

Αν ΝΑΙ αναφέρετε ποιο :

- α) Πλήρεις απολαβές: περίοδος απόμέχρι
- β) Απολαβές μείον το επίδομα: περίοδος απόμέχρι
- γ) Μειωμένες απολαβές: ποσό €..... την εβδομάδα/το μήνα/την ημέρα
περίοδος απόμέχρι

- Βεβαιώνω τη λήψη της γονικής άδειας για περίοδο από μέχρι

Ημερομηνία:.....

Υπογραφή Εργοδότη:

ΜΕΡΟΣ IV-ΑΙΤΗΣΗ ΚΑΙ ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Απαιτώ επίδομα γονικής άδειας/χορήγηση εξομοιούμενης ασφάλισης και 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 Επίδομα/Χορήγηση Εξομοιούμενης Ασφάλισης Γονικής Άδειας” με βάση τον “περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων Νόμο 59(Ι)/2010”.
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 Επίδομα /Χορήγηση Εξομοιούμενης Ασφάλισης Γονικής Άδειας ” με βάση τον “περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων 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 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 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 που 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 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 της 27ης Απριλίου 2016. Επίσης, πληροφορούμε 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 της 27ης Απριλίου 2016 για τα οποία μπορώ να απευθυνθώ στον Υπεύθυνο Επεξεργασίας (το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων).

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΑ / ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ / ΕΓΓΡΑΦΑ:

1. Πιστοποίηση από το Σύστημα Αξιολόγησης Αναπηρίας του Τμήματος Κοινωνικής Ενσωμάτωσης Ατόμων με Αναπηρία ως άτομο με αναπηρία, όπου ισχύει.
2. Πιστοποιητικό γάμου.
3. Σε περίπτωση που η αίτηση υποβάλλεται από διαζευγμένο/άγαμο γονέα, διάταγμα οικογενειακού δικαστηρίου γονικής μέριμνας στο οποίο να αναφέρονται λεπτομέρειες αναφορικά με τη φύλαξη/φροντίδα του τέκνου και επικοινωνία με το παιδί.
4. Σε περίπτωση που δεν υπάρχει διάταγμα γονικής μέριμνας να υποβάλλεται από κοινού Δήλωση από τη μητέρα και τον πατέρα πιστοποιημένη από κοινοτάρχη ή πιστοποιιών υπάλληλο που να ρυθμίζει την επικοινωνία με το παιδί.
5. Το πιστοποιητικό γέννησης του τέκνου απαιτείται σε περίπτωση που δεν έχει υποβληθεί αίτηση για επίδομα μητρότητας ή πατρότητας.
6. Τα στοιχεία του τραπεζικού λογαριασμού σε περίπτωση που έχει αλλάξει από τον τραπεζικό λογαριασμό που έχει δηλωθεί στις Υ.Κ.Α. για πληρωμή άλλης παροχής.
7. Διάταγμα Δικαστηρίου παρένθετης μητρότητας και γραπτή συμφωνία παρένθετης μητέρας και ζευγαριού όπου ισχύει σύμφωνα με τον περί της Εφαρμογής της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής Νόμος του 2015,69(1)2015».

ΟΔΗΓΙΕΣ ΧΡΗΣΗΣ

Το επίδομα γονικής άδειας χορηγείται στους δικαιούχους για λόγους φροντίδας ή επιμέλειας του τέκνου τους μέχρι 8 ετών, σύμφωνα με τους ακόλουθους όρους, προϋποθέσεις και τρόπο υπολογισμού:

- A. Η αίτηση για **επίδομα** θα πρέπει να υποβληθεί εντός της προθεσμίας των 7 ημερών από την ημέρα για την οποία απαιτείται η χορήγηση της παροχής μαζί με όλα τα απαραίτητα πιστοποιητικά και έγγραφα.
- B. Η αίτηση για χορήγηση **μόνο περιόδων εξομοιούμενης ασφάλισης** θα πρέπει να υποβληθεί εντός της προθεσμίας των 3 μηνών από τη λήξη της γονικής άδειας.
- Γ. Η αίτηση για επίδομα γονικής άδειας υποβάλλεται από **ασφαλισμένο μισθωτό γονέα** για τον οποίο ισχύουν όλα τα πιο κάτω:
 1. το επίδομα γονικής άδειας παραχωρείται σε **μισθωτά** πρόσωπα που είναι εγγεγραμμένα στις Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων και πληρούν τις ασφαλιστικές προϋποθέσεις με πληρωμένες ή/και εξομοιούμενες ασφαλιστέες αποδοχές με βάση τον περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων Νόμο.
 2. έχουν απασχοληθεί για περίοδο δώδεκα(12) μηνών εντός της περιόδου των εικοσιτεσσάρων(24) μηνών πριν από την ημερομηνία έναρξης της περιόδου για την οποία υποβάλλει αίτηση για επίδομα γονικής άδειας και
 3. Έχουν συμπληρωθεί έξι (6) μήνες συνεχούς απασχόλησης στον ίδιο εργοδότη (που αναφέρεται στο μέρος III της αίτησης).
- Δ. Το επίδομα γονικής άδειας καταβάλλεται για γονική άδεια που λαμβάνεται μετά τη λήξη της περιόδου κατά την οποία λαμβάνει επίδομα μητρότητας ή επίδομα πατρότητας ανάλογα ή εάν δεν εξασφαλίζει δικαίωμα για καταβολή επιδόματος μητρότητας ή επιδόματος πατρότητας, κατά τη λήξη της περιόδου που θα λάμβανε επίδομα εάν εξασφάλισε δικαίωμα, μέχρι και τη συμπλήρωση του **όγδου (8^{ου}) έτους ηλικίας** του κάθε παιδιού. Στην περίπτωση υιοθεσίας, η γονική άδεια λαμβάνεται μετά τη λήξη της άδειας μητρότητας ή πατρότητας αντίστοιχα και για περίοδο οκτώ(8) ετών από την ημερομηνία υιοθεσίας, νοουμένου ότι το παιδί δεν θα υπερβεί μέχρι τότε το δωδέκατο(12^ο) έτος της ηλικίας του. Στην περίπτωση παιδιού με αναπηρία το επίδομα γονικής άδειας καταβάλλεται μέχρι το 18^ο έτος ηλικίας του τέκνου.

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