



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:

- Πριν συμπληρώσετε την αίτηση αυτή, διαβάστε προσεκτικά τις πληροφορίες που αναγράφονται στο πίσω μέρος της αίτησης. Χωρίς την προσκόμιση των απαραίτητων βεβαιώσεων και την ορθή και πλήρη συμπλήρωση της αίτησης δεν είναι δυνατή η εξέταση της αίτησης σας.
- 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/ΑΙΤΗΤΡΙΑΣ

Ονοματεπώνυμο

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:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ

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 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:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

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:

Παρακαλώ όπως δηλώσετε τις προηγούμενες περιόδους για τις οποίες έχετε εξασφαλίσει γονική άδεια σε άλλα Κράτη Μέλη της ΕΕ, του ΕΟΧ ή την Ελβετία (εάν ισχύει):

(α) τη χώρα: (β) από: μέχρι:

(α) τη χώρα: (β) από: μέχρι:

(α) τη χώρα: (β) από: μέχρι:

ΜΕΡΟΣ II - ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΙΔΙΟΥ ΓΙΑ ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΓΟΝΙΚΗ ΑΔΕΙΑ

Συμπληρώνεται σε όλες τις περιπτώσεις τοκετού	Συμπληρώνεται στην περίπτωση υιοθεσίας
Όνοματεπώνυμο παιδιού:..... Ημερομηνία Γέννησης παιδιού: Αρ. Ταυτότητας παιδιού: Αρ. εγγραφής αλλοδαπού: Ημερομηνία λήξης άδειας μητρότητας / πατρότητας (ανάλογα):	Όνοματεπώνυμο παιδιού:..... Ημερομηνία διατάγματος υιοθεσίας: Αρ. Ταυτότητας παιδιού..... Αρ. εγγραφής αλλοδαπού..... Ημερομηνία γέννησης παιδιού: Ημερομηνία λήξης άδειας μητρότητας / πατρότητας (ανάλογα):
Σχέση αιτητή/αιτήτριας με το παιδί	
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)	

ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΓΟΝΙΚΗΣ ΑΔΕΙΑΣ

(Συμπληρώνεται από τον αιτητή/τρια)

Περίοδος* που ζητείται γονική άδεια: από..... μέχρι

Προτίθεται να αξιοποιήσω την περίοδο γονικής άδειας για την επιμέλεια/φροντίδα του παιδιού που αναφέρεται στο

ΜΕΡΟΣ II : ΝΑΙ / ΟΧΙ

*Η Ελάχιστη διάρκεια της άδειας είναι μια μέρα και μέγιστη διάρκεια πέντε εβδομάδες μέσα στο ίδιο ημερολογιακό έτος.

* Το σύνολο της περιόδου καταβολής επιδόματος και χορήγησης εξομοιούμενης ασφάλισης δεν μπορεί να υπερβαίνει τις 5 εβδομάδες ανά ημερολογιακό έτος. Σε κάθε ημερολογιακό έτος λαμβάνεται πρώτα το επίδομα και μετά η εξομοιούμενη περίοδος ασφάλισης.

*Σε περίπτωση που δε θεμελιώνετε δικαίωμα σε επίδομα γονικής άδειας θα εξετάζεται αυτόματα το δικαίωμα σας σε εξομοιούμενη περίοδο ασφάλισης, για περίοδο γονικής άδειας άνευ απολαβών (αφορά μόνο μισθωτούς γονείς).

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ

(Σε περίπτωση που εξασκείτε ταυτόχρονα μισθωτή απασχόληση και απασχόληση ως αυτοτελώς εργαζόμενος/η, παρακαλώ όπως συμπληρωθούν και τα δυο σημεία Α & Β του Μέρους ΙΙΙ)

Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΓΙΑ ΜΙΣΘΩΤΟΥΣ

(Συμπληρώνεται από τον εργοδότη. Σε περίπτωση όπου υπάρχουν περισσότεροι εργοδότες, το Μέρος ΙΙΙ θα πρέπει να συμπληρωθεί από όλους τους εργοδότες)

- Όνομα Εργοδότη:
- Αριθμός Μητρώου Εργοδότη:
- Διεύθυνση:..... Τηλ.:
- Ηλ.διεύθυνση:
- Ημερομηνία έναρξης απασχόλησης του/της αιτητή/τριας:.....
- Πληρώνετε στον αιτητή οποιοδήποτε ποσό κατά τη διάρκεια της άδειας του: ΝΑΙ / ΟΧΙ:
Αν ΝΑΙ αναφέρετε ποιο :

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

7. Βεβαιώνω τη λήψη της γονικής άδειας για περίοδο από μέχρι

Ημερομηνία:..... Υπογραφή Εργοδότη:

Β. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΓΙΑ ΑΥΤΟΤΕΛΩΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥΣ

(Συμπληρώνεται από τον αιτητή/τρια)

- Δηλώνω υπεύθυνα ότι κατά την περίοδο για την οποία αιτούμαι γονικής άδειας δεν απασχολούμαι ☐
- Έχω προειδοποιήσει στις το Διευθυντή των Υπηρεσιών Κοινωνικών Ασφαλίσεων για την πρόθεσή μου να ασκήσω το δικαίωμά μου σε γονική άδεια ενημερώνοντας τον για την ημερομηνία έναρξης και λήξης της εν λόγω άδειας τρεις (3) εβδομάδες πριν από την ημερομηνία έναρξής της γονικής άδειας.
- Δηλώστε την περίοδο διακοπής της λειτουργίας της επιχείρησής σας δυνάμει νόμου, εθίμου, συλλογικής σύμβασης ή συμφωνίας ή αναστολής των εργασιών της επιχείρησής σας:

από μέχρι

Ημερομηνία:..... Υπογραφή Αυτοτελώς Εργαζομένου:

ΜΕΡΟΣ ΙV - ΜΕΤΑΒΙΒΑΣΗ ΠΕΡΙΟΔΟΥ ΓΟΝΙΚΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΝΑ ΜΙΣΘΩΤΟ ΓΟΝΕΑ ΣΤΟΝ ΑΛΛΟ ΜΙΣΘΩΤΟ ΓΟΝΕΑ

(Συμπληρώνεται μόνο σε περίπτωση μισθωτής απασχόλησης και αφορά μόνο στη χορήγηση εξομοιούμενης ασφάλισης)

Συμπληρώνεται από τον **μισθωτό** γονέα που μεταβιβάζει περίοδο γονικής άδειας, νοουμένου ότι ο αιτητής/τρια, έχει εξαντλήσει για το παιδί στο ΜΕΡΟΣ ΙΙ, την περίοδο της γονικής άδειας που δικαιούται **στο σύνολο των ετών**.

Στοιχεία μισθωτού γονέα που μεταβιβάζει περίοδο γονικής άδειας στον αιτητή/τρια:

Ονοματεπώνυμο

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

Αρ. Εγγραφής Αλλοδαπού: Αρ. Διαβατηρίου:

Φύλο: Άρρεν ☐ Θήλυ ☐

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

Περίοδος γονικής άδειας που μεταβιβάζεται: από μέχρι

Ημερομηνία:

Υπογραφή:

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:

- 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”.
- 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”.
- Σε περίπτωση ανάκλησης της εξουσιοδότησης αυτής, υποχρεώνομαι να ενημερώσω άμεσα το Διευθυντή των Υ.Κ.Α.
- Δηλώνω ότι όλες οι πληροφορίες που έχω υποβάλει στο έντυπο αυτό είναι αληθής.

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 μένα 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. 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.
3. 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.
4. Το πιστοποιητικό γέννησης του τέκνου απαιτείται σε περίπτωση που δεν έχει υποβληθεί αίτηση για επίδομα μητρότητας ή πατρότητας.
5. 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.
6. 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 την ηλικία των 15 ετών (21 ετών σε περίπτωση παιδιών με αναπηρία), 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 **πρώτη** 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 (αφορά μόνο μισθωτούς).
- Γ. Η αίτηση για επίδομα γονικής άδειας υποβάλλεται από **ασφαλισμένο γονέα** για τον οποίο ισχύουν όλα τα πιο κάτω:
1. το επίδομα γονικής άδειας παραχωρείται σε **μισθωτά ή/και αυτοτελώς εργαζόμενα** 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 είκοσι τεσσάρων (24) μηνών πριν από την ημερομηνία έναρξης της περιόδου για την οποία υποβάλλει αίτηση για επίδομα γονικής άδειας και
 3. Για μισθωτούς, οι οποίοι έχουν συμπληρωθεί έξι (6) μήνες συνεχούς απασχόλησης στον ίδιο εργοδότη (που αναφέρεται στο ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ της αίτησης).
 4. Για αυτοτελώς εργαζόμενους, οι οποίοι έχουν τακτοποιημένες τις εισφορές τους για τις αμέσως δύο (2) προηγούμενες τριμηνιαίες περιόδους εισφοράς, όπως αυτές ορίζονται στον Πίνακα ΙΙ της Κ.Δ.Π. 289/2010, που προηγούνται της περιόδου για την οποία απαιτείται επίδομα γονικής άδειας ή η περίοδος λήψης της γονικής άδειας **δεν** συμπίπτει με περίοδο διακοπής της λειτουργίας της επιχείρησης του δυνάμει νόμου, εθίμου, συλλογικής σύμβασης ή συμφωνίας ή αναστολής των εργασιών της επιχείρησης του.
- 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 **το δέκατο πέμπτο (15^ο) έτος ηλικίας** του κάθε παιδιού. Στην περίπτωση παιδιού με αναπηρία το επίδομα γονικής άδειας καταβάλλεται μέχρι το εικοστό πρώτο (21^ο) έτος ηλικίας του παιδιού.

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