



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ



ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
1465 ΛΕΥΚΩΣΙΑ

Ο ΠΕΡΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΝΟΜΟΣ

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΠΙΔΟΜΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

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.

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 ☐

Ημερομηνία Γάμου:

Διεύθυνση: Οδός/Αριθμός:

Ενορία/Χωριό: Επαρχία: Ταχ. Κώδ.:

Τηλ.: Φαξ: Υπηκοότητα:

Σημείωση: Η παροχή 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/Συνεργατικού Ιδρύματος:

Αρ. Υποκαταστήματος Τράπεζας:

IBAN (Τραπεζικός Λογαριασμός):

BIC (Κωδικός Swift Τράπεζας):

Διεύθυνση Τραπεζικού/Συνεργατικού 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: Αρ. Ταυτότητας: Αρ. Κοιν. Ασφαλίσεων:

Αρ. Εγγραφής Αλλοδαπού: Αρ. Διαβατηρίου:

ΜΕΡΟΣ ΙΙ – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ ΤΟΥ ΑΙΤΗΤΗ ΓΙΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΑΥΞΗΣΗ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ

Όνοματεπώνυμο	Αριθμός Ταυτότητας/ Αρ. Εγγρ. Αλλοδαπού	Ημερομηνία Γέννησης	Φύλο	Συγγένεια

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ – 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 έναρξης ανικανότητας για εργασία:
5. Ημερομηνία διακοπής της απασχόλησης:
6. Η ανικανότητα σας προκλήθηκε από ατύχημα: ΝΑΙ / ΟΧΙ. Αν "ΝΑΙ", να αναφέρετε την ημερομηνία, την ώρα του ατυχήματος και πώς προκλήθηκε το ατύχημα.

ΜΕΡΟΣ ΙV – ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΡΓΟΔΟΤΗ

(οι πληροφορίες παρέχονται από τον εργοδότη, αν ο αιτητής ήταν μισθωτός κατά την ημέρα που άρχισε η ανικανότητά του για εργασία)

1. Όνομα εργοδότη: Αρ. Μητρώου:
2. Διεύθυνση εργοδότη: Τηλ.: Φαξ:
3. Απολαβές του αιτητή πριν από τη διακοπή της εργασίας του λόγω ανικανότητας: € την εβδομάδα/το μήνα.
4. Πληρώνετε στον αιτητή οποιοδήποτε ποσό κατά τη διάρκεια της ανικανότητάς του: 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
περίοδος από μέχρι

Ημερομηνία: Υπογραφή εργοδότη:

ΜΕΡΟΣ V – ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΕΑΝ Ο ΑΙΤΗΤΗΣ ΕΙΝΑΙ ΑΥΤΟΤΕΛΩΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟ ΠΡΟΣΩΠΟ

Αν έχετε νοσηλεύσει σε νοσοκομείο ή κλινική αναφέρετε:

- (α) Όνομα και διεύθυνση νοσοκομείου/κλινικής:
Τηλ.: Φαξ:
- (β) Περίοδος νοσηλείας: από μέχρι

ΜΕΡΟΣ VI – ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΕΑΝ ΕΚΚΡΕΜΕΙ ΑΙΤΗΜΑ ΤΟΥ ΑΙΤΗΤΗ ΜΕ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

- (α) Σας έχει εξετάσει κάποιος Ιατρός εκ μέρους ασφαλιστικής εταιρείας; Εάν ναι, υποδείξετε τον Ιατρό, την Ασφαλιστική εταιρεία και την ημερομηνία
- (β) Σε περίπτωση που από την ημέρα υποβολής της αίτησής σας μέχρι την ημέρα που θα κληθείτε σε εξέταση από Ιατρικό Συμβούλιο των Υπηρεσιών Κοινωνικών Ασφαλίσεων, εξεταστείτε από Ιατρό εκ μέρους ασφαλιστικής εταιρείας, οφείλετε να ενημερώσετε τις Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

ΜΕΡΟΣ VII – ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ΣΥΖΥΓΟΥ

Δηλώστε κατά πόσο ο/η σύζυγος εργάζεται: ΝΑΙ / ΟΧΙ

ΜΕΡΟΣ VIII – ΑΙΤΗΣΗ ΚΑΙ ΔΗΛΩΣΗ

Απαιτώ επίδομα ασθενείας για την περίοδο από μέχρι και δηλώνω ότι την περίοδο αυτή δεν εργάστηκα και ότι οι πληροφορίες που είναι καταχωρημένες στο έντυπο αυτό είναι αληθείς.

* Εξακολουθώ να είμαι ανίκανος για εργασία / Ξανάρχισα εργασία από:

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.

Ημερομηνία: Υπογραφή αιτητή/αιτήτριας:

* Διαγράφεται ανάλογα με την περίπτωση

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ/ΟΔΗΓΙΕΣ

1. Η αίτηση αυτή πρέπει να υποβληθεί το αργότερο μέσα σε ΕΙΚΟΣΙ ΜΙΑ ΗΜΕΡΕΣ από την ημέρα που απαιτείται το επίδομα.
2. Μαζί με την αίτηση πρέπει να υποβληθούν τα ακόλουθα πρωτότυπα πιστοποιητικά/βεβαιώσεις:
 - (α) Ιατρικό πιστοποιητικό στο οποίο να καθορίζεται η φύση και η διάρκεια της ανικανότητας για εργασία.
 - (β) Πιστοποιητικό φοίτησης για κάθε άγαμο εξαρτώμενο παιδί του αιτητή ηλικίας μεταξύ 15 και 23 χρόνων αν είναι κόρη ή μεταξύ 15 και 25 χρόνων αν είναι γιος.
 - (γ) Πιστοποιητικό υπηρεσίας για κάθε άγαμο γιο ηλικίας μέχρι 25 χρόνων που υπηρετεί τη θητεία του στην Εθνική Φρουρά.
 - (δ) Ιατρικό πιστοποιητικό για ανάπηρο άγαμο παιδί πέραν των 15 χρόνων που είναι μόνιμα ανίκανο για εργασία και συντηρείται από τον αιτητή.
 - (ε) Πιστοποιητικό γέννησης για κάθε εξαρτώμενο παιδί αν η αίτηση υποβάλλεται για πρώτη φορά.
 - (στ) Πρωτότυπη Βεβαίωση από το Τραπεζικό/Συνεργατικό Πιστωτικό Ίδρυμα, όπου να παρουσιάζεται ο δικαιούχος και ο διεθνής αριθμός λογαριασμού (IBAN).