



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ



ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
1465 ΛΕΥΚΩΣΙΑ

Ο Περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων Νόμος

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΠΙΔΟΜΑ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ

ΠΡΟΣΟΧΗ:

1. Πριν συμπληρώσετε την αίτηση αυτή, διαβάστε προσεκτικά τις πληροφορίες/οδηγίες που αναγράφονται στο πίσω μέρος της αίτησης.
2. 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.

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

ΜΕΡΟΣ Ι - ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΡΙΑΣ

Όνοματεπώνυμο: _____

Ημερομηνία γεννήσεως: _____ Αρ. Ταυτότητας: _____ Αρ. Ασφαλίσεως: _____

Αρ. Εγγραφής Αλλοδαπού / Αρ. Διαβατηρίου: _____

Οικογενειακή κατάσταση

Άγαμη Έγγαμη Χήρα Διαζευγμένη Σε διάσταση Ημερομηνία γάμου: _____

Διεύθυνση: Οδός/Αριθμός: _____

Ενορία/Χωριό: _____ Επαρχία: _____ Ταχ. Κωδ.: _____

Αρ. Τηλ: _____ Αρ. Φαξ: _____

Όνομα συζύγου: _____

Ημερομηνία γεννήσεως: _____ Αρ. Ταυτότητας: _____ Αρ. Ασφαλίσεως: _____

Αρ. Εγγραφής Αλλοδαπού: _____ Αρ. Διαβατηρίου: _____

Υπηκοότητα: _____

αν έχετε ασφάλιση σε Σχέδιο Κοινωνικών Ασφαλίσεων άλλης χώρας δηλώστε:

(α) τη χώρα: _____ (β) τον αριθμό ασφαλίσεως: _____ (γ) για ποια περίοδο: _____

(α) τη χώρα: _____ (β) τον αριθμό ασφαλίσεως: _____ (γ) για ποια περίοδο: _____

ΜΕΡΟΣ ΙΙ - ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ ΤΗΣ ΑΙΤΗΤΡΙΑΣ ΓΙΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΑΥΞΗΣΗ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ

Όνομα	Αριθμός ταυτότητας	Ημερομηνία Γεννήσεως	Φύλο	Συγγένεια

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ - ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ (συμπληρώνεται από εγγεγραμμένο γιατρό όχι ενωρίτερα από οκτώ εβδομάδες από την εβδομάδα που αναμένεται ο τοκετός)

Πιστοποιώ ότι εξέτασα σήμερα την (Όνομα αιτήτριας):

και ότι αυτή αναμένει τοκετό στις (Ημερομηνία):

Υπογραφή γιατρού: Ονοματεπώνυμο γιατρού:

Ημερομηνία: Διεύθυνση: Τηλ:

ΜΕΡΟΣ ΙV - ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΙΤΗΤΡΙΑ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΥΙΟΘΕΣΙΑΣ

Όνομα υιοθετημένου παιδιού:

Ημερομηνία γεννήσεως: Φύλο: Άρρεν: Θήλυ: Ημερομηνία υιοθεσίας:

ΜΕΡΟΣ V - ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ

1. Επάγγελμα (πλήρης περιγραφή):

2. Δηλώστε αν είστε μισθωτή ή αυτοτελώς εργαζόμενη:

3. Διεύθυνση απασχόλησης:

Οδός/Αριθμός: Ενορία/Χωριό:

Επαρχία: Ταχ. Κωδ.: Αρ. Τηλ.: Αρ. Φαξ:

4. Ημερομηνία διακοπής της απασχόλησης:

5. Ημερομηνία που θα ξαναρχίσετε εργασία μετά τον τοκετό:

ΜΕΡΟΣ VI - ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΡΓΟΔΟΤΗ

1. Όνομα εργοδότη: Αρ. μητρώου:

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

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

4. Απολαβές της αιτήτριας πριν από τη διακοπή της εργασίας της λόγω μητρότητας: € την εβδομάδα / το μήνα / την ημέρα

Μέχρι ποια ημερομηνία έχετε πληρώσει / θα πληρώσετε την αιτήτρια:

5. Πληρώνετε στην αιτήτρια οποιοδήποτε ποσό κατά τη διάρκεια της άδειας μητρότητας; 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 / την ημέρα περίοδος από μέχρι

Ημερομηνία: Υπογραφή εργοδότη:

ΜΕΡΟΣ VII - ΑΙΤΗΣΗ ΚΑΙ ΔΗΛΩΣΗ

Απατώ επίδομα μητρότητας και δηλώνω ότι οι πληροφορίες που έχουν καταχωρηθεί στο έντυπο αυτό είναι αληθινές.

Για σκοπούς εξέτασης της αίτησης 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 αιτήτριας:

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ/ΟΔΗΓΙΕΣ: 1. Η αίτηση αυτή πρέπει να υποβληθεί το αργότερο μέσα σε είκοσιμία 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.