



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Ο Περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων Νόμος



ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
1465 ΛΕΥΚΩΣΙΑ

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.

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

ΜΕΡΟΣ Ι - ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ/ΑΙΤΗΤΡΙΑΣ

Όνοματεπώνυμο: _____

Ημερομηνία γεννήσεως: _____

Φύλο: Άρρεν ☐ Θήλυ ☐

Οικογενειακή κατάσταση

Άγαμος (η) ☐ Έγγαμος (η) ☐ Χήρος (α) ☐ Διαζευγμένος (η) ☐ Σε διάσταση ☐ Ημερομηνία γάμου: _____

Διεύθυνση: Οδός/Αριθμός: _____

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

Αρ. Τηλ.: _____ Αρ. Φαξ: _____

Υπηκοότητα: _____

Αν έχετε ασφάλιση σε Σχέδιο Κοινωνικής Ασφάλισης άλλης χώρας δηλώστε:

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

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

Όνομα συζύγου: _____

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

Αρ. Εγγραφής Αλλοδαπού: _____ Αρ. Διαβατηρίου: _____

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

Όνομα	Αρ. ταυτ./Αρ. Εγγρ. Αλλοδ.	Ημερομηνία Γεννήσεως	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: _____ Tax. Κωδ.: _____

Αρ. Τηλ.: _____ Αρ. Φαξ: _____

4. Ημερομηνία έναρξης ανικανότητας για εργασία: _____

5. Ημερομηνία διακοπής της απασχόλησης: _____

6. Η ανικανότητα σας προκλήθηκε από ατύχημα: ☐ ΝΑΙ / ☐ ΟΧΙ. Αν "ΝΑΙ", αναφέρετε την ημερομηνία, την ώρα του ατυχήματος και πως προκλήθηκε το ατύχημα. _____

ΜΕΡΟΣ IV - ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΡΓΟΔΟΤΗ (οι πληροφορίες παρέχονται από τον εργοδότη, αν ο αιτητής ήταν μισθωτός κατά την ημέρα που άρχισε η ανικανότητα του για εργασία)

1. Όνομα εργοδότη: _____ Αρ. μητρώου: _____

2. Διεύθυνση εργοδότη: _____ Αρ. Τηλ.: _____ Αρ. 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 ανικανότητας 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 ΑΝ Ο ΑΙΤΗΤΗΣ ΕΙΝΑΙ ΑΥΤΟΤΕΛΩΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟ ΠΡΟΣΩΠΟ

Αν έχετε νοσηλευθεί σε νοσοκομείο ή κλινική αναφέρετε:

(α) Όνομα και διεύθυνση νοσοκομείου/κλινικής: _____

Αρ. Τηλ.: _____ Αρ. Φαξ: _____

(β) Περίοδος νοσηλείας: από _____ μέχρι _____

ΜΕΡΟΣ VI - ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ΣΥΖΥΓΟΥ

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

ΜΕΡΟΣ VII - ΑΙΤΗΣΗ ΚΑΙ ΔΗΛΩΣΗ

Απατώ 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 αληθινές

• Εξακολουθώ να είμαι ανίκανος για εργασία / Ξανάρχισα εργασία από: _____

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 αιτητή/αιτήτριας: _____

• Διαγράφεται ανάλογα με την περίπτωση

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ/ΟΔΗΓΙΕΣ: 1. Η αίτηση αυτή πρέπει να υποβληθεί το αργότερο μέσα σε ΕΙΚΟΣΙΜΙΑ ΜΕΡΕΣ από την ημέρα που απαιτείται το επίδομα. 2. Μαζί με την αίτηση πρέπει να υποβληθούν τα ακόλουθα: (α) Ιατρικό πιστοποιητικό στο οποίο να καθορίζεται η φύση και η διάρκεια της ανικανότητας για εργασία. (β) Πιστοποιητικό φοιτήσεως 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.

Υ.Κ.Α. 3-008-11/07