



ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΠΙΔΟΜΑ ΟΡΦΑΝΙΑΣ

(ΣΦΡΑΓΙΔΑ)

- 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.

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

(Σημειώστε X ανάλογα)

Ταχ. Διεύθυνση: Οδός/Αριθμός:

Ταχ. Κώδικας: Πόλη/Χωριό: Τηλ.:

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:

+ Σχέση αιτητή/τριας/ορφανού/ών: πατέρας μητέρα κηδεμόνας

Ημερομηνία ανάληψης και φροντίδας του/των ορφανού/ών, αν ο αιτητής/τρια δεν είναι γονιός:

ΜΕΡΟΣ ΙΙ – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΩΝ – Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΤΕΡΑ

Όνοματεπώνυμο:

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

Αρ. Εγγραφής Αλλοδαπού/Αρ. Διαβατηρίου:

Ημερομηνία Θανάτου:

Αν ο θάνατος προκλήθηκε από επαγγελματικό ατύχημα, επαγγελματική ασθένεια, από τροχαίο ή άλλο ατύχημα, συμπληρώστε τα πιο κάτω:

1. Ημερομηνία ατυχήματος/έναρξης επαγγελματικής ασθένειας:

2. Ώρα ατυχήματος:

3. Τόπος ατυχήματος:

4. Περιγράψτε με λίγα λόγια τις συνθήκες κάτω από τις οποίες έγινε το ατύχημα:

5. Αν το ατύχημα είναι τροχαίο δηλώστε τον αστυνομικό σταθμό στον οποίο τούτο έχει καταγγελθεί:

6. Όνομα εργοδότη: αρ. μητρώου:

7. Διεύθυνση εργοδότη: τηλ.: φαξ:

+ Διαγράφεται ανάλογα με την περίπτωση.

