



Ο ΠΕΡΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΝΟΜΟΣ

**ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΒΟΗΘΗΜΑ ΤΟΚΕΤΟΥ**

**ΠΡΟΣΟΧΗ:**

1. Πριν συμπληρώσετε την αίτηση αυτή, διαβάστε προσεκτικά τις πληροφορίες/οδηγίες που αναγράφονται στο κάτω μέρος της αίτησης.
2. Πρόσωπο που σε γνώση του προβαίνει σε ψευδή δήλωση ή ψευδείς παραστάσεις με σκοπό να εξασφαλίσει βοήθημα, υπόκειται σε ποινική δίωξη.

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

**ΜΕΡΟΣ Ι – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΡΙΑΣ**

Όνοματεπώνυμο: .....

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

Αρ. Εγγραφής Αλλοδαπού/Αρ. Διαβατηρίου: .....

Οικογενειακή κατάσταση:

Άγαμη  Έγγαμη  Διαζευγμένη  Σε διάσταση   
(Σημειώστε Χ ανάλογα)

Ημερομηνία Γάμου: .....

Ταχ. Διεύθυνση: Οδός/Αριθμός: .....

Ενορία/Χωριό: ..... Επαρχία: .....

Ταχ. Κώδ.: ..... Τηλ.: ..... Φαξ: .....

**Σημείωση:** Η παροχή θα σας καταβληθεί 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: .....

Υπηκοότητα: .....

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: .....

Υπηκοότητα: .....

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: .....

**ΜΕΡΟΣ ΙΙ**

Ημερομηνία Τοκετού: .....

**ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ – ΑΠΑΙΤΗΣΗ ΚΑΙ ΔΗΛΩΣΗ**

Απαιτώ βοήθημα τοκετού και δηλώνω ότι οι πληροφορίες που καταχωρήθηκαν στο έντυπο είναι αληθινές.

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 Αιτήτριας: .....

**ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ / ΟΔΗΓΙΕΣ**

1. Η αίτηση αυτή πρέπει να υποβληθεί το αργότερο μέσα σε ΕΝΑ ΧΡΟΝΟ από την ημέρα του τοκετού.

2. **Μαζί με την αίτηση πρέπει να υποβληθούν τα πιο κάτω πρωτότυπα πιστοποιητικά:**

(α) Πιστοποιητικό γέννησης του/των παιδιού/παιδιών.

(β) Πιστοποιητικό γάμου, εκτός αν τέτοιο πιστοποιητικό υποβλήθηκε προηγούμενα.

(γ) Πρωτότυπη Βεβαίωση από το Τραπεζικό/Συνεργατικό Πιστωτικό Ίδρυμα, όπου να παρουσιάζεται ο δικαιούχος και ο διεθνής αριθμός λογαριασμού (IBAN).