



Ο ΠΕΡΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΝΟΜΟΣ

## ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΠΙΔΟΜΑ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ

### 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 ΑΙΤΗΤΡΙΑΣ

**A.** Ονοματεπώνυμο: ..... Ημερομηνία Γέννησης: .....  
Τόπος Γέννησης: ..... Αρ. Ταυτότητας: ..... Αρ. Κοιν. Ασφαλίσεων: .....  
Αρ. Εγγραφής Αλλοδαπού: ..... Αρ. Διαβατηρίου: .....  
Οικογενειακή κατάσταση: Άγαμη  Έγγαμη  Χήρα  Διαζευγμένη  Σε διάσταση   
Ημερομηνία Γάμου: ..... Διεύθυνση: Οδός/Αριθμός: .....  
Ενορία/Χωριό: ..... Επαρχία: ..... Ταχ. Κώδ.: .....  
Τηλ.: ..... Φαξ: ..... Υψηκότητα: .....

### B. ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΙΤΗΤΡΙΑ ΜΟΝΟ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΠΟΚΤΗΣΗΣ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕΣΩ ΠΑΡΕΝΘΕΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ

Σημειώστε  ανάλογα με την περίπτωση:

- Γυναίκα που αναμένει παιδί μέσω παρένθετης μητέρας
- Παρένθετη μητέρα

Έναρξη περιόδου επιδόματος μητρότητας: (Ισχύει μόνο για το 1).

- Εβδομάδα του τοκετού
- Δύο εβδομάδες πριν τον αναμενόμενο τοκετό

**ΣΗΜΕΙΩΣΗ:** Η πληρωμή 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 Ιδρύματος: .....  
Αρ. Υποκαταστήματος Τράπεζας: .....  
IBAN (Τραπεζικός Λογαριασμός): .....  
BIC (Κωδικός Swift Τράπεζας): .....  
Διεύθυνση Τραπεζικού 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: .....  
Τόπος Γέννησης: ..... Αρ. Ταυτότητας: ..... Αρ. Κοιν. Ασφαλίσεων: .....  
Αρ. Εγγραφής Αλλοδαπού: ..... Αρ. Διαβατηρίου: .....

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

Ονοματεπώνυμο	Αριθμός Ταυτότητας/ Αρ. Εγγρ. Αλλοδαπού	Ημερ. Γέννησης/ Τόπος Γέννησης	Φύλο	Συγγένεια

**ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ – ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ (συμπληρώνεται από εγγεγραμμένο ιατρό μετά τη συμπλήρωση της εικοστής πέμπτης (25) εβδομάδας κύησης)**

Πιστοποιώ ότι εξέτασα σήμερα την (Όνομα αιτήτριας): .....  
και ότι αυτή αναμένει τοκετό στις (Ημερομηνία): .....  
Υπογραφή ιατρού: ..... Ονοματεπώνυμο ιατρού: .....  
Ημερομηνία: ..... Διεύθυνση: ..... Τηλ.: .....

**ΜΕΡΟΣ ΙV – ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΙΤΗΤΡΙΑ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΥΙΟΘΕΣΙΑΣ**

Όνομα υιοθετημένου παιδιού: .....  
Ημερομηνία γέννησης: ..... 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. Κώδ.: .....  
Τηλ.: ..... 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: ..... Τηλ.: ..... 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 ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

Απαιτώ επίδομα μητρότητας και δηλώνω υπεύθυνα ότι τα πιο πάνω στοιχεία είναι αληθή. Εξουσιοδοτώ τις Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΥΚΑ) του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, να επαληθεύσουν σε συνεργασία με άλλες αρμόδιες Αρχές της Δημοκρατίας, με Οργανισμούς/Φορείς/Επιχειρήσεις και με αντίστοιχους αρμόδιους φορείς του εξωτερικού, όσα από τα στοιχεία που περιέχονται στην αίτησή μου κρίνουν απαραίτητα.

Εγώ η πιο κάτω υπογράφουσα δηλώνω ότι:

1. Δίδω την παρούσα εξουσιοδότηση στα πλαίσια της αίτησης “για Παροχή Επιδόματος Μητρότητας”.
2. Αντιλαμβάνομαι ότι, οι πιο πάνω πληροφορίες που με αφορούν και η πιο πάνω ενημέρωση προς τις ΥΚΑ είναι απαραίτητη, ούτως ώστε να καταστεί δυνατή η αξιολόγηση ή επιβεβαίωση των στοιχείων που συμπεριλαμβάνονται στην αίτηση.
3. Σε περίπτωση ανάκλησης της εξουσιοδότησης αυτής, υποχρεώνομαι να ενημερώσω άμεσα το Διευθυντή των ΥΚΑ.

Αν δεν υπογραφεί η παρούσα εξουσιοδότηση τότε αυτόματα η παρούσα αίτηση θεωρείται ως μη παραληφθείσα.

Ημερομηνία: ..... Ονοματεπώνυμο: ..... Υπογραφή: .....

## ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Ενημέρωση που γίνεται με βάση το Κεφάλαιο ΙΙΙ του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016 για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και για την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων αυτών και την κατάργηση της οδηγίας 95/46/ΕΚ (Γενικός Κανονισμός για την Προστασία Δεδομένων).

Τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν και δηλώνονται από εμένα την ίδια/τον ίδιο, θα τηρούνται σε αρχείο και θα τυγχάνουν αντικείμενο νόμιμης επεξεργασίας κατά την έννοια του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016 όπως ισχύει, από τον Υπεύθυνο Επεξεργασίας που είναι το Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων, για σκοπούς εξέτασης της παρούσας αίτησής μου. Αποδέκτες των δεδομένων θα είναι το αρμόδιο προσωπικό του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Τα προσωπικά δεδομένα που περιλαμβάνονται στα αρχεία που τηρεί το Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων μπορούν να ανακοινώνονται ή να μεταδίδονται μεταξύ των εμπλεκόμενων κυβερνητικών υπηρεσιών. Η διαχείριση και επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων θα γίνεται με ασφάλεια και εχεμύθεια και θα υπόκειται στις σχετικές διατάξεις του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου. Επίσης, πληροφορούμαι ότι, μεταξύ άλλων, έχω τα δικαιώματα ενημέρωσης, πρόσβασης, διόρθωσης και διαγραφής σε δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν, όπως αυτά αναφέρονται στα άρθρα 13, 14, 15, 16, 17, 18 και 19 του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016, για τα οποία μπορώ να απευθυνθώ στον Υπεύθυνο Επεξεργασίας (το Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων).

## ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ/ΟΔΗΓΙΕΣ

1. Η αίτηση αυτή πρέπει να υποβληθεί το αργότερο μέσα σε ΕΙΚΟΣΙ ΜΙΑ ΗΜΕΡΕΣ από την ημέρα που απαιτείται το επίδομα. Διευκρινίζεται ότι η αίτηση μπορεί να υποβληθεί μετά τη συμπλήρωση της εικοστής πέμπτης (25) εβδομάδας 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. Πιστοποιητικό από το θεράποντα ιατρό/ιατρούς του βρέφους και πιστοποιητικό από το νοσηλευτικό ίδρυμα στο οποίο νοσηλεύτηκε το βρέφος, σε περίπτωση που αμέσως μετά τον τοκετό το βρέφος νοσηλεύεται είτε σε θερμοκοιτίδα λόγω πρόωρου τοκετού είτε νοσηλεύεται λόγω άλλου προβλήματος υγείας, για περίοδο νοσηλείας πέραν των 21 ημερών.
4. Πρωτότυπη βεβαίωση από το Τραπεζικό Ίδρυμα, όπου να παρουσιάζεται η δικαιούχος και ο διεθνής αριθμός λογαριασμού (IBAN).
5. Μαζί με την αίτηση πρέπει να υποβληθούν τα ακόλουθα:
  - (α) Πιστοποιητικό υιοθεσίας από την αρμόδια αρχή σε περίπτωση που υιοθετείται το παιδί.
  - (β) Πιστοποιητικό γέννησης του υιοθετημένου παιδιού.
6. Διάταγμα δικαστηρίου που εκδόθηκε με βάση το άρθρο 24 του περί της Εφαρμογής της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής Νόμου σε περίπτωση απόκτησης παιδιού μέσω παρένθετης μητέρας.
7. Είναι σημαντικό στα **μέρη V** («Στοιχεία απασχόλησης») και **VI** («Συμπληρώνεται από τον εργοδότη») να δίδονται όλες οι πληροφορίες για να μην ζητούνται εκ νέου τα στοιχεία κατά την εξέταση της αίτησης και έτσι να δημιουργείται καθυστέρηση.

Ως ημερομηνία διακοπής απασχόλησης στο σημείο 4 του **μέρους V** θα πρέπει να αναγράφεται η τελευταία εργάσιμη ημέρα πριν από την έναρξη της άδειας μητρότητας της αιτήτριας.

Στο ερώτημα 4 του **μέρους VI** προς τον εργοδότη «μέχρι ποια ημερομηνία έχετε πληρώσει/θα πληρώσετε την αιτήτρια» θα πρέπει να αναγράφεται η τελευταία ημέρα για την οποία έχουν καταβληθεί/θα καταβληθούν απολαβές.

Στο ερώτημα 5 του **μέρους VI** προς τον εργοδότη «πληρώνετε στην αιτήτρια οποιοδήποτε ποσό κατά τη διάρκεια της άδειας μητρότητας» το μέρος (α) σημαίνει πλήρεις απολαβές που παρέχονται στην αιτήτρια **ταυτόχρονα** με την άδεια μητρότητας και που **δεν θα επιστρέψει στον εργοδότη** σε μελλοντικό χρόνο, ενώ το μέρος (β) σημαίνει ότι στην αιτήτρια καταβάλλεται ο μισθός της με σκοπό η αιτήτρια να παραδώσει στη συνέχεια στον εργοδότη της το ποσό που θα λάβει από το Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων ως επίδομα μητρότητας.

**ΑΠΟΚΟΜΜΑ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ – (Να συμπληρωθεί από την αιτήτρια ή από αντιπρόσωπό της).**

Όνοματεπώνυμο: .....

Παροχή για την οποία υποβάλλεται η αίτηση: .....

Αρ. Δελτίου Ταυτότητας ή Αρ. Κοινωνικών Ασφαλίσεων: .....

Ημερομηνία υποβολής της αίτησης: .....

Ημερ. παραλαβής της αίτησης: .....

Σφραγίδα και υπογραφή παραλήπτη