



Ο ΠΕΡΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΝΟΜΟΣ

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΠΙΔΟΜΑ ΟΡΦΑΝΙΑΣ

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 είτε για τον εαυτό του είτε για άλλο πρόσωπο, υπόκειται σε ποινική δίωξη.

(ΣΦΡΑΓΙΔΑ)

ΜΕΡΟΣ Ι – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ/ΑΙΤΗΤΡΙΑΣ

Όνοματεπώνυμο: Ημερομηνία Γέννησης:

Τόπος 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

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 Ιδρύματος:

Αρ. Υποκαταστήματος Τράπεζας: IBAN (Τραπεζικός Λογαριασμός):

BIC (Κωδικός Swift Τράπεζας):

Διεύθυνση Τραπεζικού 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:

Τόπος 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 καταγγεληθεί:

6. Όνομα εργοδότη: Αρ. μητρώου:

7. Διεύθυνση εργοδότη: τηλ.: φαξ:

*(Σημειώστε ανάλογα με την περίπτωση)

ΜΕΡΟΣ II – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΩΝ – Β. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΗΤΕΡΑΣ

Όνοματεπώνυμο: Ημερομηνία Γέννησης:
 Τόπος Γέννησης: Αρ. Ταυτότητας: Αρ. Κοιν. Ασφαλίσεων:
 Αρ. Εγγραφής Αλλοδαπού/Αρ. Διαβατηρίου:
 Ημερομηνία Θανάτου: Ημερομηνία νέου γάμου:

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 καταγγεληθεί:

6. Όνομα εργοδότη: Αρ. μητρώου:
7. Διεύθυνση εργοδότη: τηλ.: φαξ:

ΜΕΡΟΣ III – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΟΡΦΑΝΟΥ/ΟΡΦΑΝΩΝ

Όνομα	Αριθμός Ταυτότητας	Ημερομηνία Γέννησης	Τόπος Γέννησης	Φύλο
.....
.....
.....
.....

ΜΕΡΟΣ IV – ΑΠΑΙΤΗΣΗ ΚΑΙ ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

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 απαραίτητο.

Εγώ ο πιο κάτω υπογράφοντας δηλώνω ότι:

1. Δίδω την παρούσα εξουσιοδότηση στα πλαίσια της αίτησης “για Επίδομα Ορφάνιας”.
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: Όνοματεπώνυμο: Υπογραφή:

ΜΕΡΟΣ V – ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗΣ

Πιστοποιώ ότι ο/η πιο πάνω αιτητής/τρια υπέγραψε την παρούσα αίτηση στην παρουσία μου.

Όνοματεπώνυμο: Αρ. Ταυτότητας:

Διεύθυνση:

Σφραγίδα και υπογραφή

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Ενημέρωση που γίνεται με βάση το Κεφάλαιο III 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 ΤΡΕΙΣ ΜΗΝΕΣ από την ημέρα που απαιτείται το επίδομα.
2. Σε περίπτωση που το ορφανό είναι κάτω των 18 χρόνων ή είναι ανίκανο να ενεργεί, η αίτηση υποβάλλεται από το πρόσωπο που έχει αναλάβει τη φροντίδα του. Στις άλλες περιπτώσεις υποβάλλεται από το ίδιο το ορφανό.
3. **Μαζί με την αίτηση πρέπει να υποβληθούν τα ακόλουθα πρωτότυπα πιστοποιητικά/βεβαιώσεις:**
 - (α) Πιστοποιητικό θανάτου του/των γονέα/γονέων από την Επαρχιακή Διοίκηση ή Αρμόδια Αρχή άλλου κράτους.
 - (β) Πιστοποιητικό γέννησης του/της αποβιώσαντα/σας ασφαλισμένου/ης γονέα (αν δεν ήταν συνταξιούχος) **στην περίπτωση όπου ο τόπος γέννησης είναι εκτός Κύπρου.**
 - (γ) Πιστοποιητικό γέννησης για κάθε ορφανό **στην περίπτωση όπου ο τόπος γέννησης είναι εκτός Κύπρου.**
 - (δ) Πιστοποιητικό φοίτησης, όταν το ορφανό είναι ηλικίας μεταξύ 15 και 23 χρόνων αν είναι κόρη και μεταξύ 15 και 25 χρόνων αν είναι γιος.
 - (ε) Πιστοποιητικό υπηρεσίας για κάθε άγαμο ορφανό γιο ηλικίας μέχρι 25 χρόνων που υπηρετεί τη θητεία του στην Εθνική Φρουρά.
 - (στ) Ιατρικό Πιστοποιητικό για άγαμο ανάπηρο ορφανό πέραν των 15 χρόνων που είναι μόνιμα ανίκανο για εργασία και συντηρείτο από τον/τους αποβιώσαντα/ντες γονέα/γονείς.
 - (ζ) Πιστοποιητικό από τις Υπηρεσίες Κοινωνικής Ευημερίας στο οποίο να καθορίζεται η ημερομηνία από την οποία ο/η αιτητής/τρια ανέλαβε την επιμέλεια του/των ορφανού/ών αν δεν είναι ο πατέρας ή η μητέρα.
 - (η) Βεβαίωση από το Τραπεζικό/Συνεργατικό Πιστωτικό Ίδρυμα, όπου να παρουσιάζεται ο δικαιούχος και ο διεθνής αριθμός λογαριασμού (IBAN).

ΑΠΟΚΟΜΜΑ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ – (Να συμπληρωθεί από τον αιτητή/την αιτήτρια ή από αντιπρόσωπό του/της).

Όνοματεπώνυμο:

Παροχή για την οποία υποβάλλεται η αίτηση:

Αρ. Δελτίου Ταυτότητας ή Αρ. Κοινωνικών Ασφαλίσεων:

Ημερ. παραλαβής της αίτησης:

Σφραγίδα και υπογραφή παραλήπτη