



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΦΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΕΠΙΔΟΜΑΤΩΝ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΕΝΤΥΠΟ ΑΛΛΑΓΗΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ
ΑΙΤΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ ΤΕΚΝΟΥ / ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ ΜΟΝΟΓΟΝΕΪΚΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Ο αιτητής/δικαιούχος οφείλει να ενημερώνει γραπτώς την Υπηρεσία, για οποιαδήποτε αλλαγή της οικογενειακής κατάστασης ή των συνθηκών και στοιχείων που επηρεάζουν το δικαίωμα του σε καταβολή επιδόματος εντός ενός (1) μηνός από την αλλαγή, συμπληρώνοντας το σχετικό έντυπο αλλαγών.

Να συμπληρώσετε με ΚΕΦΑΛΑΙΑ γράμματα όσα στοιχεία εφαρμόζονται

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ

Αρ. Δελτίου Ταυτότητας:	Αρ. Εγγρ. Αλλοδαπού (ARC):
Αρ. Διαβατηρίου:	Αρ. Κοιν. Ασφαλίσεων (ΑΚΑ):
Όνομα:	Επίθετο:
Ηλ. Ταχυδρομείο:	Τηλέφωνο:

ΔΗΛΩΣΤΕ ΚΑΤΑ ΠΟΣΟ ΑΙΤΕΙΣΤΕ ΕΠΙΔΟΜΑ ΜΟΝΟΓΟΝΕΪΚΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Παρακαλώ σημειώστε με “√” στις πιο κάτω κατηγορίες όπου υπάρχει αλλαγή στοιχείων σε σχέση με την αίτηση σας για παροχή Επιδόματος Τέκνου και Επιδόματος Μονογονεϊκής Οικογένειας:

1. ΑΛΛΑΓΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	<input type="checkbox"/>
2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΖΥΓΟΥ/ ΣΥΜΒΙΟΥ	<input type="checkbox"/>
3. ΑΛΛΑΓΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	<input type="checkbox"/>
4. ΑΛΛΑΓΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ ΤΕΚΝΑ	<input type="checkbox"/>
5. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΕΟΥ ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΥ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ	<input type="checkbox"/>
6. ΠΡΟΣΩΡΙΝΗ / ΜΟΝΙΜΗ ΑΠΟΧΩΡΙΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ	<input type="checkbox"/>
7. ΑΛΛΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	<input type="checkbox"/>
8. ΚΟΙΝΗ ΕΝΟΡΚΗ ΔΗΛΩΣΗ	<input type="checkbox"/>



Με τη συγχρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Θεμιστοκλή Δέρβη 46, Κτήριο MedconTower, 1066 Λευκωσία

☎ 22804000, 📠 22803048, 🌐 www.dmsw.gov.cy/wbas 📧 grants@mlsi.gov.cy



1. <u>ΑΛΛΑΓΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ</u>			
➤ Σε περίπτωση γάμου/συμβίωσης, να επισυναφθεί πιστοποιητικό γάμου/συμβίωσης	<input type="checkbox"/>		
➤ Σε περίπτωση διαζυγίου, να επισυναφθεί διαζύγιο	<input type="checkbox"/>		
➤ Σε περίπτωση που κάποιο μέλος εκτίει ποινή φυλάκισης, να επισυναφθεί βεβαίωση από το Τμήμα Φυλακών	<input type="checkbox"/>		
➤ Σε περίπτωση που κάποιο μέλος απεβίωσε, να επισυναφθεί πιστοποιητικό θανάτου	<input type="checkbox"/>		
➤ Σε περίπτωση που κάποιο μέλος έχει κηρυχθεί σε αφάνεια, να επισυναφθεί απόφαση δικαστηρίου	<input type="checkbox"/>		
2. <u>ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΖΥΓΟΥ/ ΣΥΜΒΙΟΥ</u>			
Αρ. Πολιτικής Ταυτότητας:		Χώρα Έκδοσης Ταυτότητας:	
Αρ. Διαβατηρίου:		Χώρα Έκδοσης Διαβατηρίου:	
Αρ. Κοιν. Ασφαλίσεων στην Κυπριακή Δημοκρατία:			
Αρ. Κοιν. Ασφαλίσεων στο Κράτος Διαμονής:			
Όνομα:		Επίθετο:	
Φύλο: Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ <input type="checkbox"/>	Υπηκοότητα:	Χώρα γέννησης:	
Ημερ. Γέννησης: __/__/_____		Ηλ. Ταχυδρομείο:	
Τηλέφωνο κινητό:		Τηλέφωνο σταθερό:	
3. <u>ΑΛΛΑΓΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ</u>			
Οδός:		Αριθμός:	Διαμ.:
Όνομα Κτιρίου:		Δήμος / Κοινότητα:	
T.K.:	Επαρχία:	Χώρα:	
4. <u>ΑΛΛΑΓΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ ΤΕΚΝΑ</u>			
➤ Για προσθήκη νέου εξαρτώμενου τέκνου, να επισυναφθεί πιστοποιητικό γέννησης	<input type="checkbox"/>		
➤ Για τέκνα ηλικίας 18-21 ετών που υπηρετούν στην Εθνική Φρουρά, να επισυναφθεί βεβαίωση κατάταξης και το Έντυπο Εξουσιοδότησης	<input type="checkbox"/>		
➤ Για τέκνα μαθητές ηλικίας 18-20 ετών, να επισυναφθεί βεβαίωση φοίτησης και το Έντυπο Εξουσιοδότησης	<input type="checkbox"/>		
➤ Για άγαμα τέκνα που στερούνται μόνιμα της ικανότητας για συντήρησή τους, να επισυναφθεί πρόσφατο ιατρικό πιστοποιητικό	<input type="checkbox"/>		
➤ Για τέκνο που βρίσκεται υπό τη φροντίδα των Υπηρεσιών Κοινωνικής Ευημερίας ή άλλου προσώπου, να δηλωθεί η ημερομηνία ανάληψης: __/__/_____	<input type="checkbox"/>		
5. <u>ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΕΟΥ ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΥ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ</u>			
Επωνυμία Αδειοδοτημένου Πιστωτικού Ιδρύματος (ΑΠΙ):			
ΔΙΕΘΝΗΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΥ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ (IBAN):			
Να επισυναφθεί βεβαίωση Αδειοδοτημένου Πιστωτικού Ιδρύματος ή αντίγραφο κατάστασης τραπεζικού λογαριασμού. Η καταβολή του επιδόματος γίνεται απευθείας σε προσωπικό ή σε κοινό λογαριασμό του/της αιτητή/τριας.			
6. <u>ΠΡΟΣΩΡΙΝΗ / ΜΟΝΙΜΗ ΑΠΟΧΩΡΙΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ</u>			
➤ Σε περίπτωση προσωρινής απουσίας, πέραν των τριάντα (30) ημερών, επισυνάψτε σχετικές βεβαιώσεις για τον λόγο απουσίας			
➤ Σε περίπτωση μόνιμης αποχώρισης, δηλώστε τη σχετική ημερομηνία: __/__/_____			
7. <u>ΆΛΛΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ</u>			

8. ΚΟΙΝΗ ΕΝΟΡΚΗ ΔΗΛΩΣΗ

Εγώ, ο/η..... (ονοματεπώνυμο αιτητή/τριας) με Α.Δ.Τ./ ARC / Αρ. Διαβατηρίου και διεύθυνση διαμονής και εγώ ο/η..... (ονοματεπώνυμο πρώην συζύγου/συμβίου/ας), με ΑΔΤ/ ARC/ Αρ. Διαβατηρίου και διεύθυνση διαμονής, δηλώνουμε ενόρκως ότι, ΔΕΝ διαμένουμε κάτω από την ίδια στέγη, από την/τις (ημερομηνία τερματισμού συμβίωσης).

Δηλώνουμε ότι το/τα τέκνο/α μας (ονοματεπώνυμα τέκνων), από τη λήξη της συμβίωσής μας, διαμένουν με τον/ην ο/η οποίος/α ανέλαβε τη φύλαξη και τη φροντίδα τους.

Δηλώνουμε ότι, ο/η (ονοματεπώνυμο γονέα που καταβάλλει διατροφή) καταβάλλει στον/ην (ονοματεπώνυμο του γονέα με τον οποίο διαμένουν τα τέκνα) διατροφή για τα ανήλικα τέκνα μας, η οποία ανέρχεται στα € (ύψος διατροφής) μηνιαίως από την/τις (ημερομηνία έναρξης καταβολής διατροφής).

Δηλώνουμε ότι γνωρίζουμε πως, σε περίπτωση ψευδούς δήλωσης είμαστε ένοχοι αδικήματος που υπόκειται σε χρηματική ποινή μέχρι σαράντα χιλιάδες ευρώ (€40.000) ή σε φυλάκιση μέχρι δυο χρόνια ή και στις δυο αυτές ποινές.

1. Αιτητής/αιτήτρια Ο/Η ενόρκως δηλών/ούσα

.....

2. Πρώην σύζυγος/συμβίος/α Ο/Η ενόρκως δηλών/ούσα

.....

Ορκίσθηκαν και υπέγραψαν ενώπιον μου

στο Επαρχιακό/ Οικογενειακό

Δικαστήριο σήμερα

Ο Πρωτοκολλητής

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα πιο πάνω στοιχεία είναι αληθή. Σε περίπτωση ψευδούς δήλωσης, ο αιτητής/δικαιούχος είναι ένοχος αδικήματος και σε περίπτωση καταδίκης του υπόκειται σε χρηματική ποινή μέχρι €40.000 ή σε φυλάκιση μέχρι 2 χρόνια ή και στις δύο ποινές μαζί.

Ο αιτητής/δικαιούχος οφείλει να ενημερώνει γραπτώς την Υπηρεσία, για οποιαδήποτε αλλαγή της κατάστασης της οικογένειας ή των συνθηκών και στοιχείων που επηρεάζουν το δικαίωμα του σε καταβολή επιδόματος εντός ενός (1) μηνός από την αλλαγή, συμπληρώνοντας το σχετικό έντυπο αλλαγών.

Εξουσιοδοτώ την ΥΔΕΠ, όπως με ενημερώσει σχετικά με την διαδικασία εξέτασης της αίτησης μου, με αποστολή γραπτού μηνύματος στον αριθμό κινητού τηλεφώνου _____.

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Ημερομηνία

Υπογραφή αιτητή/τριας

Υπογραφή συζύγου/συμβίου

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 27^{ης} Απριλίου 2016 όπως ισχύει, από τον Υπεύθυνο Επεξεργασίας που είναι το Υφυπουργείο Κοινωνικής Πρόνοιας /Υπηρεσία Διαχείρισης Επιδομάτων Πρόνοιας, για σκοπούς εξέτασης της αίτησής μου για δικαίωμα σε Επίδομα Τέκνου. Αποδέκτες των δεδομένων θα είναι το αρμόδιο προσωπικό του Υφυπουργείου Κοινωνικής Πρόνοιας /Υπηρεσία Διαχείρισης Επιδομάτων Πρόνοιας. Τα προσωπικά δεδομένα που περιλαμβάνονται στα αρχεία που τηρεί το Υφυπουργείο Κοινωνικής Πρόνοιας /Υπηρεσία Διαχείρισης Επιδομάτων Πρόνοιας, 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 27^{ης} Απριλίου 2016, για τα οποία μπορώ να απευθυνθώ στον Υπεύθυνο Επεξεργασίας (το Υφυπουργείο Κοινωνικής Πρόνοιας /Υπηρεσία Διαχείρισης Επιδομάτων Πρόνοιας).