



**ΑΛΛΑΓΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΑΙΤΗΤΗ / ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ  
ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΥ ΜΕ ΧΑΜΗΛΑ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΑ**

**Προϊστάμενο Υπηρεσίας Διαχείρισης Επιδομάτων Πρόνοιας,**

Σας πληροφορώ ότι έχουν επέλθει οι ακόλουθες αλλαγές στα στοιχεία που δήλωσα στην αίτησή μου για παροχή  
Επίδοματος σε Συνταξιούχους με Χαμηλά Εισοδήματα:

**1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ / ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ**

Αρ. Ταυτότητας	<input type="text"/>	Αρ. Κοιν. Ασφαλίσεων (ΑΚΑ)	<input type="text"/>
Αρ. Εγγρ. Αλλοδαπού (ARC)	<input type="text"/>	Αρ. ταυτότητας Χώρας προέλευσης	<input type="text"/>
Αρ. Διαβατηρίου	<input type="text"/>	Χώρα Έκδοσης	<input type="text"/>
Όνομα	<input type="text"/>		
Επίθετο	<input type="text"/>		

**2. ΕΙΔΟΣ ΑΛΛΑΓΗΣ**

\*Παρακαλώ σημειώστε με "✓" την/τις κατηγορία/ίες στοιχείων όπου υπάρχει αλλαγή στοιχείων με βάση την αίτηση σας για παροχή  
Επίδομα σε Συνταξιούχους με Χαμηλά Εισοδήματα:

1. Διεύθυνση κατοικίας	<input type="checkbox"/>	6. Μηνιαίο εισόδημα	<input type="checkbox"/>
2. Στοιχεία αιτητή	<input type="checkbox"/>	7. Πληροφορίες σχετικά με τη διαμονή	<input type="checkbox"/>
3. Κατάσταση αιτητή	<input type="checkbox"/>	8. Άγαμα τέκνα από 18 έως 25 ετών που διαμένουν στη Δημοκρατία ή	<input type="checkbox"/>
4. Στοιχεία συζύγου	<input type="checkbox"/>	9. Άγαμα τέκνα κάτω των 18 ετών που ζουν στην ίδια κατοικία	<input type="checkbox"/>
5. Κατάσταση συζύγου	<input type="checkbox"/>	10. Στοιχεία τραπεζικού λογαριασμού	<input type="checkbox"/>
11. Άλλο: .....			<input type="checkbox"/>

**ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΕΝΤΥΠΟΥ**

1. Το έντυπο αυτό πρέπει να συμπληρώνεται και να υποβάλλεται από τον αιτητή/δικαιούχο εντός δεκαπέντε (15) ημερών από την ημερομηνία αλλαγής οποιωνδήποτε στοιχείων που περιλαμβάνονται στην αίτηση για παροχή Επίδοματος Συνταξιούχων με Χαμηλά Εισοδήματα .
2. Παρακαλώ σημειώστε στο σημείο 2 – «Είδος αλλαγής» την/τις κατηγορία/ίες στοιχείων όπου υπάρχει αλλαγή στοιχείων με βάση την αίτηση σας για παροχή Επίδοματος Συνταξιούχων με Χαμηλά Εισοδήματα.
3. Στο σημείο 3 – «Περιγραφή αλλαγής» καταγράψτε σύντομη περιγραφή των αλλαγών των στοιχείων σας με βάση το είδος αλλαγής το οποίο δηλώσατε στο σημείο 2.
4. Μαζί με το έντυπο αυτό θα πρέπει να προσκομιστούν τα απαραίτητα παραστατικά για όσες αλλαγές αναφέρονται.



### 3. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΑΛΛΑΓΗΣ

\*Παρακαλώ καταγράψετε σύντομη περιγραφή των αλλαγών των στοιχείων σας με βάση το είδος αλλαγής το οποίο δηλώσατε στο μέρος 2. Σημειώνεται ότι οι αλλαγές πρέπει να συνοδεύονται με τα απαραίτητα παραστατικά.

i. Διεύθυνση κατοικίας

.....  
.....

ii. Στοιχεία αιτητή / Συζύγου

.....  
.....

iii. Κατάσταση αιτητή / Συζύγου

.....  
.....

iv. Εξαρτώμενα τέκνα

.....  
.....

v. Μηνιαίο εισόδημα

.....  
.....

vi. Πληροφορίες σχετικά με τη διαμονή

.....  
.....

vii. Στοιχεία τραπεζικού λογαριασμού

.....  
.....

viii. Άλλο

.....  
.....

### 4. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα πιο πάνω στοιχεία είναι αληθή. Σε περίπτωση ψευδούς δήλωσής μου, γνωρίζω ότι είμαι ένοχος αδικήματος και σε περίπτωση καταδίκης μου υπόκειμαι σε ποινές όπως προνοούνται στις ανάλογες νομοθεσίες.

Δηλώνω επίσης ότι αν οι οικονομικές ή οικογενειακές μου συνθήκες η οποιοδήποτε άλλο στοιχείο περιλαμβάνεται στην αίτηση ή στο παρόν έντυπο αλλάξουν, θα ενημερώσω έγκαιρα την Υπηρεσία Διαχείρισης Επιδομάτων Πρόνοιας.

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

Ημερομηνία

Υπογραφή αιτητή/τριας

Υπογραφή συζύγου

**Ενημέρωση που γίνεται με βάση το Κεφάλαιο III του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27<sup>ης</sup> 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<sup>ης</sup> 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 Συνταξιούχων με Χαμηλά Εισοδήματα 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. Ο αριθμός του τηλεφώνου μου μπορεί να χρησιμοποιηθεί για σκοπούς αποστολής ενημερωτικών μηνυμάτων για σκοπούς εξέτασης της αίτησής μου. 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<sup>ης</sup> Απριλίου 2016, για τα οποία μπορώ να απευθυνθώ στον Υπεύθυνο Επεξεργασίας (το Υφυπουργείο Κοινωνικής Πρόνοιας /Υπηρεσία Διαχείρισης Επιδομάτων Πρόνοιας).