(για υπηρεσιακή χρήση)

Αρ. Αίτησης ΕΒ……..…

Ημερ. Παραλαβής:

……

ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΕΠΙΔΟΜΑΤΩΝ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΗ ΚΑΤΑ ΧΑΡΙΝ ΜΗΝΙΑΙΟΥ ΧΟΡΗΓΗΜΑΤΟΣ ΣΕ ΒΕΤΕΡΑΝΟ ΑΓΩΝΙΣΤΗ ΤΟΥ Β' ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΥ ΠΟΛΕΜΟΥ 1939 –1945

Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ

Όνομα …… Αρ. Ταυτότητας ……..

Επώνυμο …….. Αρ. Κοιν. Ασφαλίσεων ..……

Ημερ. γέννησης …… Φύλο : Θήλυ □ Άρρεν □

Διεύθυνση διαμονής:

Οδός και αρ. ……. Ταχ. κώδικας ……

…… Επαρχία ……

Δήμος / Κοινότητα …… Τηλ. επικοινωνίας ……

Β. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

Όνομα …… Επώνυμο ……..

Αρ. Στρατού (CY ή CVF ή ATS ή WAAF) …….. Ημ. Κατάταξης ……

Χώρες στις οποίες υπηρέτησε ……..…… Ημ. Αποστράτευσης……

Καταβολή του χορηγήματος απευθείας σε τραπεζικό λογαριασμό

Συμπληρώστε τα πιο κάτω στοιχεία, ώστε το χορήγημα να εμβάζεται απευθείας σε τραπεζικό λογαριασμό (διασφαλίζεται η άμεση πληρωμή του χωρίς τον κίνδυνο απώλειας ή κλοπής της επιταγής):

Όνομα Τράπεζας/Συνεργατικού Πιστωτικού Ιδρύματος (Σ.Π.Ι.) ……..……...…….....

ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΥ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ (IBAN)

C	**Y**																												

Να επισυναφθεί απαραίτητα βεβαίωση Τράπεζας/Σ.Π.Ι. ή αντίγραφο της κατάστασης του τραπεζικού λογαριασμού, όπου να φαίνεται ο δικαιούχος και ο διεθνής αριθμός λογαριασμού (IBAN – International Bank Account Number).

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα πιο πάνω είναι αληθή. Σε περίπτωση υποβολής ψευδούς δήλωσης, γνωρίζω ότι είμαι ένοχος αδικήματος και σε περίπτωση καταδίκης μου θα υποστώ τις συνέπειες του Νόμου.

Εξουσιοδοτώ την Υπηρεσία Διαχείρισης Επιδομάτων Πρόνοιας του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, να επαληθεύσει, σε συνεργασία με άλλες αρμόδιες αρχές της Δημοκρατίας, όσα από τα στοιχεία που περιέχονται στην αίτηση μου κρίνει απαραίτητο.

Ημερομηνία …… Υπογραφή αιτητή ……

ΓΙΑ ΕΠΙΣΗΜΗ ΧΡΗΣΗ

(Να μη συμπληρωθεί από τους αιτητές)

Παρατηρήσεις …….. Εγκρίνεται / Απορρίπτεται

…….... Ημερ. ……

……... Υπογραφή ……

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΑ / ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

Με την αίτηση πρέπει να επισυναφθεί Βεβαίωση Τράπεζας/Σ.Π.Ι. ή αντίγραφο της κατάστασης του τραπεζικού λογαριασμού, όπου να φαίνεται το όνομα του δικαιούχου και ο διεθνής αριθμός λογαριασμού (IBAN – International Bank Account Number).

Σημειώνεται ότι η Υπηρεσία Διαχείρισης Επιδομάτων Πρόνοιας διατηρεί το δικαίωνα να ζητήσει συμπληρωματικά έγγραφα ή άλλα στοιχεία που κρίνει απαραίτητα για την εξέταση της αίτησης.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Το κατά χάριν μηνιαίο χορήγημα παραχωρείται από 1/4/2007 σε Βετεράνους Αγωνιστές του Β΄ Παγκόσμιου Πολέμου, βάσει των Αποφάσεων του Υπουργικού Συμβουλίου με αρ. 65.252 και 65.427, ημερ. 28/3/2007 και 9/5/2007 αντίστοιχα.

Σε περίπτωση θανάτου του δικαιούχου το χορήγημα παραχωρείται στη χήρα του δικαιούχου, κατόπιν υποβολής αίτησης εντός δώδεκα μηνών από την ημερομηνία θανάτου του δικαιούχου.

Το κατά χάριν μηνιαίο χορήγημα δεν μεταβιβάζεται σε κληρονόμους, πλην της/του χήρας/χήρου του βετεράνου αγωνιστή.

Το ύψος του κατά χάριν μηνιαίου χορηγήματος ανέρχεται στα €120.

Όλες οι πληροφορίες που αφορούν χορήγημα καθώς και τα έντυπα αιτήσεων, είναι καταχωρημένα στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Εργασίας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων στη διεύθυνση **www.mlsi.gov.cy**

ΥΠΟΒΟΛΗ ΑΙΤΗΣΕΩΝ

Οι συμπληρωμένες αιτήσεις μπορούν να παραδίδονται προσωπικά ή να αποστέλλονται ταχυδρομικώς στην Υπηρεσία Διαχείρισης Επιδομάτων Πρόνοιας, Τ.Θ. 25686, 1311 Λευκωσία, στα κατά τόπους Κέντρα Εξυπηρέτησης του Πολίτη (ΚΕΠ) και Κέντρα του Πολίτη (ΚΕ.ΠΟ.).

Τα στοιχεία επικοινωνίας με την Υπηρεσία Διαχείρισης Επιδομάτων Πρόνοιας είναι:

- Τηλέφωνο: 22 804 000
- Email: grants@mlsi.gov.cy
- Φαξ: 22 668 049