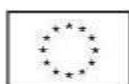


Γ. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ ΕΤΟΣ (να δηλωθούν όλα τα εισοδήματα αιτητή και συζύγου, εάν πρόκειται για ζεύγος, εκτός από τις συντάξεις του Ταμείου Κοινωνικών Ασφαλίσεων, την Κοινωνική Σύμβαση, το Επίδομα Χαμηλοσυνταξιούχου, το Ελάχιστο Εγγυημένο Εισόδημα και το Πασχαλινό Επίδομα)

Ετήσια Εισοδήματα	Αιτήτριας	Συζύγου
Εισόδημα αυτοτελώς εργαζομένων		
Μισθός υπαλλήλων (συμπερ. 13 ^{ου} και 14 ^{ου})		
Συντάξεις από Επαγγελμ. Σχέδιο (Σχέδιο)		
Συντάξεις από το εξωτερικό		
Τόκοι / Μερίσματα		
Ενοίκια Εισπρακτέα		
Από Σχέδια Κυπρ. Οργανισμού Αγρ. Πληρωμών / Τμήμα Αλιείας		
Οποιοδήποτε άλλο εισόδημα από χορηγίες / επιδόματα / βοηθήματα		
ΣΥΝΟΛΟ		

Ανάγκες Φροντίδας	Δηλώστε (✓) όπου ισχύει	Δηλώστε αριθμό ατόμων	Δηλώστε Είδος Φροντίδας (κατ' οίκον / ιδρυματική)	Δηλώστε κατά πόσον υπάρχει ανάγκη για πάνες	Δηλώστε ονομαστικά τα άτομα που θέλουν φροντίδα
Ηλικιωμένο πρόσωπο					
Πρόσωπο με αναπηρία					

- Σύμφωνα με το Σχέδιο Παροχής Φροντίδας στους Αιχμαλώτους και μη στρατεύσιμους/άμαχους 1974 και τους Εξαρτώμενούς τους, και στους Γονείς Πεσόντων και Εξαφανισθέντων και σε Χήρες Πεσόντων και Συζύγους Εξαφανισθέντων (το Σχέδιο), δικαιούχοι είναι οι Αιχμάλωτοι και οι μη στρατεύσιμοι/άμαχοι 1974 και οι Εξαρτώμενοι τους, οι Γονείς Πεσόντων και Εξαφανισθέντων, οι Χήρες Πεσόντων και οι Σύζυγοι Εξαφανισθέντων, που έχουν ανάγκη φροντίδας και των οποίων τα ετήσια οικογενειακά εισοδήματα τουέτους που προηγείται της αίτησης δεν υπερβαίνουν τις €23.000 και οι καταθέσεις τους δεν υπερβαίνουν τις €20.000.
- **Για τους Αιχμαλώτους πολέμου, η αίτηση πρέπει οπωσδήποτε να συνοδεύεται από πιστοποιητικό αιχμαλώτου πολέμου 1974.**
- Ο όρος «αιχμάλωτος πολέμου», «μη στρατεύσιμος/άμαχος 1974» και «εξαρτώμενος» έχουν την έννοια που τους αποδίδεται στον περί Αναγνώρισης της Προσφοράς, Καθιέρωσης Ημέρας Μνήμης και Τιμής και Παροχής Ωφελημάτων προς του Αιχμάλωτους Πολέμου του 1974 και τους Εξαρτώμενους τους Νόμο.
- Η ιδιότητα του «Γονέα Πεσόντος ή Εξαφανισθέντος», της «Χήρας Πεσόντος» και «Συζύγου Εξαφανισθέντος» θα διαπιστώνεται από την Επιτροπή Ανακουφίσεως Παθόντων.
- Για τη διαπίστωση των αναγκών φροντίδας και πάνων σύμφωνα με τους όρους του Σχεδίου θα πραγματοποιείται αξιολόγηση των αναγκών από τις Υπηρεσίες Κοινωνικής Ευημερίας. Νοείται ότι δεν δύναται να παρέχεται οποιοδήποτε επίδομα βάσει του Σχεδίου σε πρόσωπα τα οποία λαμβάνουν επίδομα φροντίδας / επίδομα πάνων από άλλες κρατικές πηγές.



- Στους δικαιούχους παρέχεται είτε επίδομα μερικής κατ' οίκον φροντίδας ύψους €240, είτε επίδομα πλήρους κατ' οίκον φροντίδας ύψους €400, είτε παρέχονται τροφεία για ιδρυματική φροντίδα ύψους €745. Σε περίπτωση που κριθεί αναγκαίο, παρέχεται επίδομα πάνων.
- Οι Υπηρεσίες διατηρούν το δικαίωμα να ζητήσουν συμπληρωματικά πιστοποιητικά ή άλλα στοιχεία όπως επίσης και να εξασφαλίζουν από άλλες υπηρεσίες ή πηγές, πληροφορίες που αφορούν τους αιτητές / δικαιούχους, τα οποία είναι σχετικά με το αντικείμενο της αίτησης

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΚΑΙ ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΠΟΥ ΓΙΝΕΤΑΙ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΑΡΘΡΟ 11 ΤΟΥ ΠΕΡΙ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ (ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ) ΝΟΜΟΥ ΤΟΥ 2001 (Ν.138(Ι)/2001)

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 περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμου, Ν. 138(Ι)/2001 όπως ισχύει, από τον Υπεύθυνο Επεξεργασίας που είναι η Υπηρεσία Διαχείρισης Επιδομάτων Πρόνοιας, για σκοπούς εξέτασης της αίτησής μου για παραχώρηση Επιδόματος Φροντίδας στους Αιχμαλώτους Πολέμου του 1974 και τους Εξαρτώμενους τους.

Αποδέκτες των δεδομένων θα είναι το αρμόδιο προσωπικό της Υπηρεσίας Διαχείρισης Επιδομάτων Πρόνοιας. Τα προσωπικά δεδομένα που περιλαμβάνονται στα αρχεία που τηρεί η Υπηρεσία Διαχείρισης Επιδομάτων Πρόνοιας, μπορούν να ανακοινώνονται ή να μεταδίδονται μεταξύ των εμπλεκόμενων Κρατικών Υπηρεσιών. Η διαχείριση και επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων θα γίνεται με ασφάλεια και εχεμύθεια και θα υπόκειται στις διατάξεις της κείμενης νομοθεσίας.

Επίσης, πληροφορούμαι ότι έχω τα δικαιώματα ενημέρωσης, πρόσβασης και αντίρρησης των άρθρων 11, 12 και 13 του Ν. 138(Ι)/2001, για τα οποία μπορώ να απευθυνθώ στον Υπεύθυνο Επεξεργασίας (Υπηρεσία Διαχείρισης Επιδομάτων Πρόνοιας). Σε περίπτωση οποιασδήποτε διαφωνίας/αντίρρησης μου, σχετικά με την περαιτέρω διατήρηση ή/και σχετικά με τη διεξαγωγή της επικοινωνίας με ορισμένο μέσο, έχω το δικαίωμα να τη γνωστοποιήσω γραπτώς στην Υπηρεσία Διαχείρισης Επιδομάτων Πρόνοιας.

Δεσμεύομαι ότι αν τα εισοδήματα, οι οικογενειακές συνθήκες ή οποιοδήποτε άλλο στοιχείο περιλαμβάνεται στην αίτηση αλλάξουν θα ενημερώσω εντός ενός (1) μηνός την Υπηρεσία Διαχείρισης Επιδομάτων Πρόνοιας (στο εξής «ΥΔΕΠ»).

Εξουσιοδοτώ την ΥΔΕΠ να επαληθεύσει σε συνεργασία με άλλες αρμόδιες αρχές της Δημοκρατίας και με αντίστοιχους αρμόδιους φορείς του εξωτερικού όσα από τα στοιχεία που περιέχονται στην αίτησή μου κρίνει απαραίτητο.

Σημειώνεται περαιτέρω ότι τα στοιχεία που περιέχονται σε αυτή την αίτηση δύναται να χρησιμοποιηθούν για τη δημιουργία του Μητρώου Ελαχίστου Εγγυημένου Εισοδήματος ή/και άλλης παροχής σύμφωνα με τις διατάξεις του περί Ελαχίστου Εγγυημένου Εισοδήματος και Γενικότερα περί Κοινωνικών Παροχών Νόμου του 2014, όπως ισχύει.

Εγώ/εμείς ο/οι πιο κάτω υπογράφοντας/ες ρητά εξουσιοδοτώ/ούμε όλα τα αδειοδοτημένα πιστωτικά ιδρύματα (στο εξής «ΑΠΙ») όπως ορίζονται στους περί Εργασιών Πιστωτικών Ιδρυμάτων Νόμους του 1997, ως εκάστοτε τροποποιούνται, όπως παρέχουν στον Προϊστάμενο της ΥΔΕΠ, τις πληροφορίες καθώς και άλλα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα μου/ας τα οποία έκαστο ΑΠΙ κατέχει, που είναι απολύτως απαραίτητα και σχετικά με το σκοπό της συλλογής τους αναφορικά με όλους τους λογαριασμούς κάθε μορφής που διατηρώ/ούμε στο κάθε ΑΠΙ, όπως δυνατόν να ζητηθούν από τον Προϊστάμενο της ΥΔΕΠ.

Εγώ/εμείς ο/οι πιο κάτω υπογράφοντας/ες περαιτέρω δηλώνω/ουμε ότι δίδουμε την παρούσα εξουσιοδότηση στα πλαίσια της αίτησής μου/μας αναφορικά με την παροχή Επιδόματος Φροντίδας σε Αιχμαλώτους Πολέμου του 1974 και τους Εξαρτώμενους τους, από την ΥΔΕΠ. Αντιλαμβανόμαστε ότι οι πιο πάνω πληροφορίες που με/μας αφορούν και η πιο πάνω ενημέρωση από τα ΑΠΙ προς την ΥΔΕΠ είναι απαραίτητη, ούτως ώστε να καταστεί δυνατή η αξιολόγηση ή επιβεβαίωση των στοιχείων που συμπεριλαμβάνονται στην παρούσα αίτηση και σε περίπτωση ανάκλησης της εξουσιοδότησης αυτής, υποχρεώνομαι/μαστε να ενημερώσω/ουμε άμεσα τον Προϊστάμενο της ΥΔΕΠ. Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα πιο πάνω είναι αληθή.

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

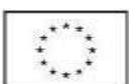
Όνομα αιτήτριας

Όνομα συζύγου

Ημερομηνία υποβολής της αίτησης

Υπογραφή αιτήτριας

Υπογραφή συζύγου



Με τη συγχρηματοδότηση
της Ευρωπαϊκής Ένωσης



Θεμιστοκλή Δέρβη 46, Κτήριο Medcon Tower, 1066 Λευκωσία
Τηλ: 1450 | Φαξ: 22803048 | eee@wbas.dmsw.gov.cy
www.dmsw.gov.cy/wbas