

Αρ. Φακ.:.....
 Αρ. Αίτησης:.....

(Έντυπο ΕΒΤ.6)

**ΥΦΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
 ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΕΠΙΔΟΜΑΤΩΝ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΗ ΕΙΔΙΚΟΥ ΒΟΗΘΗΜΑΤΟΣ ΤΟΚΕΤΟΥ ΣΕ ΑΓΑΜΕΣ ΜΗΤΕΡΕΣ

Πριν συμπληρώσετε την αίτηση διαβάστε τις πληροφορίες στην πίσω σελίδα του εντύπου.

A. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΡΙΑΣ

Όνομα: Αρ. Ταυτότητας:

Επώνυμο: Αρ. Κοιν. Ασφαλίσεων:.....

Ημερομηνία γέννησης: Τόπος γέννησης:

Να συμπληρωθεί μόνο από υπηκόους τρίτων χωρών ή πολίτες της ΕΕ εκτός των Κυπρίων πολιτών:

Αρ. Δελτίου Εγγραφής Αλλοδαπού (ARC): Ημερ. εγκατάστασης στην Κύπρο:

Διεύθυνση Αλληλογραφίας:

Οδός και αρ.:

Δήμος/Κοινότητα: Ταχ. κώδικας:

Επαρχία: Τηλ. επικοινωνίας:

B. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΕΚΝΟΥ/ΤΕΚΝΩΝ

Συμπληρώστε τα στοιχεία του τέκνου/τέκνων για τα οποία αιτείστε το ειδικό βοήθημα τοκετού

Α/Α	ΑΔΤ / ARC	Όνοματεπώνυμο (με κεφαλαία γράμματα)	Ημερ. γέννησης	Άρρεν / Θήλυ
1.				
2.				

Γ. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΥ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ

Συμπληρώστε τα πιο κάτω στοιχεία, για την απευθείας κατάθεση σε λογαριασμό τραπεζικού ιδρύματος

Επωνυμία Τραπεζικού Ιδρύματος:

ΔΙΕΘΝΗΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ (IBAN)

C	Y																	
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

Δ. ΒΟΗΘΗΜΑ ΤΟΚΕΤΟΥ ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Σημειώστε κατά πόσο έχετε υποβάλει αίτηση στις Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων για παροχή Βοηθήματος Τοκετού: Ναι (παρακαλώ επισυνάψετε την επιστολή απόρριψης) / ΟΧΙ

E. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Εξουσιοδοτώ την Υπηρεσία Διαχείρισης Επιδομάτων Πρόνοιας όπως για σκοπούς εξέτασης της αίτησης μου, εξασφαλίσει, όπου κρίνει σκόπιμο, δεδομένα από άλλες Αρχές ή Υπηρεσίες και πηγές που αφορούν την παρούσα αίτησή μου.

Δηλώνω υπεύθυνα ότι διέμενα (τους 12 μήνες που προηγούνται της ημερομηνίας γέννησης του τέκνου μου) και διαμένω στις περιοχές που βρίσκονται κάτω από τον έλεγχο της Κυπριακής Δημοκρατίας, καθώς και ότι όλα τα πιο πάνω είναι αληθή. Γνωρίζω ότι σε περίπτωση ψευδούς δήλωσης θα υποστώ τις συνέπειες του Νόμου.

Ημερομηνία: Υπογραφή αιτήτριας:

***ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ: 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 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 Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσία Διαχείρισης Επιδομάτων Πρόνοιας, για σκοπούς εξέτασης της αίτησής μου για δικαίωμά σε Ελάχιστο Εγγυημένο Εισόδημα.

Αποδέκτες των δεδομένων θα είναι το αρμόδιο προσωπικό του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσία Διαχείρισης Επιδομάτων Πρόνοιας. Τα προσωπικά δεδομένα που περιλαμβάνονται στα αρχεία που τηρεί το Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/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 Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσία Διαχείρισης Επιδομάτων Πρόνοιας).

ΟΔΗΓΟΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ

1. Το ειδικό βοήθημα τοκετού σε άγαμες μητέρες παρέχεται σύμφωνα με τις Αποφάσεις του Υπουργικού Συμβουλίου αρ. 66.032 και 77.397 και ημερ. 12/09/2007 και 22/08/2014, αντίστοιχα.
2. Το βοήθημα παρέχεται στην άγαμη μητέρα εφόσον δεν εξασφαλίζει δικαίωμα στο αντίστοιχο βοήθημα τοκετού που παρέχεται από τις Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων.
3. Το βοήθημα παρέχεται σε άγαμη μητέρα που είναι πολίτης της Κυπριακής Δημοκρατίας ή πολίτης άλλου κράτους νοουμένου ότι:
 - i έχει τη μόνιμη διαμονή της για τουλάχιστο δώδεκα (12) συνεχείς μήνες πριν την ημερομηνία τοκετού και
 - ii συνεχίζει να διατηρεί τη μόνιμη διαμονή της εντός των ελεγχόμενων από την Κυπριακή Δημοκρατία περιοχών.
4. Το ύψος του βοηθήματος είναι ισόποσο με το αντίστοιχο βοήθημα τοκετού που παρέχεται από τις Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων ως αυτό αναθεωρείται τον Ιανουάριο κάθε έτους.
5. Το ποσό του βοηθήματος καταβάλλεται υπό μορφή εφάπαξ μέσω εμβάσματος σε τραπεζικό λογαριασμό της δικαιούχου.
6. Η αίτηση θα πρέπει να υποβληθεί εντός ενός (1) έτους από την ημερομηνία τοκετού.
7. Οι συμπληρωμένες αιτήσεις μπορούν να υποβάλλονται:
 - (α) Ταχυδρομικά στην Υπηρεσία Διαχείρισης Επιδομάτων Πρόνοιας του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων Θεμιστοκλή Δέρβη 46, Κτήριο Medcon Tower, 1066 Λευκωσία. (β) στα Κέντρα Εξυπηρέτησης του Πολίτη (Κ.Ε.Π.)
 - (γ) στα Ταχυδρομικά γραφεία (ΚΕ.ΠΟ)

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΑ ΕΓΓΡΑΦΑ Η/ΚΑΙ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΑ

Να υποβάλλονται ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ μαζί με την αίτηση τα πιο κάτω πιστοποιητικά για την αιτήτρια ή/και το τέκνο που αποκτήθηκε:

1. Αντίγραφο δελτίου ταυτότητας ή βεβαίωση εγγραφής αλλοδαπού (ARC).
2. Για πολίτες της Ευρωπαϊκής Ένωσης: Βεβαίωση εγγραφής πολίτη της Ένωσης και Μελών της Οικογένειας που είναι επίσης πολίτες της Ένωσης (MEU1) **ή/και** Πιστοποιητικό μόνιμης διαμονής πολίτη της Ένωσης και μελών της οικογένειάς του που είναι επίσης πολίτες της Ένωσης (MEU3).
3. Για υπηκόους τρίτης χώρας έγκυρη άδεια διαμονής για πολίτες χωρών εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης
4. Ένορκη δήλωση της αιτήτριας ότι το τέκνο αποκτήθηκε εκτός γάμου,
5. Επιστολή απόρριψης αιτήματος για το αντίστοιχο Βοήθημα Τοκετού από τις Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων, σε περίπτωση υποβολής σχετικής αίτησης.
6. Αντίγραφο συμβολαίων εργασίας για τη διάρκεια ενός (1) χρόνου πριν την υποβολή της αίτησης.
7. Αντίγραφο του ενοικιαστήριου συμβολαίου ή αγοραπωλητήριου εγγράφου για την κατοικία ή κατοικίες στις οποίες διαμένετε ένα (1) χρόνο πριν την υποβολή της αίτησης.
8. Βεβαίωση από Αρχή Τοπικής Αυτοδιοίκησης, ότι κατά την αμέσως προηγούμενη περίοδο του ενός έτους που προηγείται της αίτησης η αιτήτρια είχε νόμιμη και συνεχή διαμονή στη Δημοκρατία.
9. Βεβαίωση διεθνούς τραπεζικού λογαριασμού (IBAN) από Αδειοδοτημένο Πιστωτικό Ίδρυμα για την αιτήτρια.
10. Πιστοποιητικό γέννησης του παιδιού/ των παιδιών.
11. Δεόντως συμπληρωμένη την εξουσιοδότηση για πληρωμές από το FIMAS.

Η Υπηρεσία Διαχείρισης Επιδομάτων Πρόνοιας, δύναται, όπου κρίνει σκόπιμο να ζητεί και επιπρόσθετα παραστατικά για την εξέταση της αίτησης.