



ΚΥΠΡΙ ΑΚ ΗΔ ΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ



ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
1465 ΛΕΥΚΩΣΙΑ

ΟΠΕΡΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΝΟΜΟΣ ΑΙΤΗΣΗΓΙΑ ΕΠΙΔΟΜΑ/ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΞΟΜΟΙΟΥΜΕΝΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΓΟΝΙΚΗΣ ΑΔΕΙΑΣ

ПОЖАЛУЙСТА:

1. Πριν συμπληρώσετε την αίτηση, διαβάστε προσεκτικά τις πληροφορίες που αναγράφονται στο επίσημο μέρος της αίτησης. Χωρίς την προσκόμιση των απαραίτητων βεβαιώσεων δεν είναι δυνατή η εξετέλεση της αίτησής σας.
2. Пользуйтесь случаем, когда выходите, чтобы выложить в порядке. Если выходите, чтобы выложить, то вы должны быть готовы к работе.

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

ΜΕΡΟΣ Ι – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗΤΗΣ

Όνομα επώνυμο

.....

Ημερομηνία Γέννησης: Αρ. Ταυτότητας: Αρ. Κοιν. Ασφαλίσεων:

Αρ. Εγγραφής Αλλοδαπού: Διεύθυνση:

.....

Φύλο: Άρρεν

☐

Θήλυ

☐

Важная информация

Άγαμος(η)

☐

Έγγαμος(η)

☐

Χήρος(α)

☐

Διαζευγμένος(η)

☐

Σε διάσταση

☐

Διεύθυνση Οδού/Αριθμός:

.....

Ενορία /Χωριό:Επαρχία:Ταχ. Κώδ.:

Τηλ.:Ηλ.διεύθυνση:Υπεκλόττα:

Σχέση προς το παιδί για το οποίο απαιτείται γονική άδεια (μητέρα/πατέρα)

.....

Σημείωση Η πληρωμή του επιδόματος θα σας καταβληθεί /καταβάλλεται στον τραπεζικό λογαριασμό που έχετε δηλώσει στις Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων για να λάβετε άλλη παροχή ή/πληρωμή. Если вы выходите, чтобы выложить, то вы должны быть готовы к работе. Παρακαλώ όπως συμπληρώσετε τα πεδία μόνο εάν ο τραπεζικός λογαριασμός που δηλώσατε έχει αλλάξει.

Όνομα Τραπεζικού

Ιδρύματος:.....

Αρ. Υποκαταστήματος

Τράπεζας:.....

IBAN (Τραπεζικός Λογαριασμός):

.....

BIC (Κωδικός Swift Τράπεζας):

.....

Διεύθυνση Τραπεζικού Ιδρύματος:

.....

Συμπληρώνεται μόνο εάν έχει ετε ασφάλιση σε Σχ έδι ο Κ οινωνικών Ασφαλί σεων άλλου κράτ ους μέλους Ε сли выхот ит е, ч т обыэт о проишл о, т о вы может е:

(α) τη χώρα ... (β) αρ. ασφαλί σεως: ... (γ) από : ... μέχρι : ...
(α) τη χώρα ... (β) αρ. ασφαλί σεως: ... (γ) από : ... μέχρι : ...
(α) τη χώρα ... (β) αρ. ασφαλί σεως: ... (γ) από : ... μέχρι : ...

Περί οδος* που ζητείται γονική άδεια απόμέχρι

*ΗΕ λάχι στη διάρκεια της άδειας είναι μ αμέρα και μέλι στη διάρκεια για σκοπούς επιδόματος :

3 εβδομάδες ανά ημερολογι ακό έτος για τα έτ η2022 και 2023
4 окт ября 2024 г.
5 д ней в году в 2025 году

** Το σύνολο της περιόδου καταβολής επιδόματος και χορήγησης εξομ ούμενης ασφαλί σης δεν μπορεί να υπερβαί νει τις 5 εβδομάδες ανά ημερολογι ακό έτος. Σε κάθε ημερολογι ακό έτος λαμβάνεται πρώτ α το επί δομα και μετ ά η εξομ ούμενη περί οδος .

***Σε περί πωση που δε θεμελιώνεται δι καί ωμα σε επί δομα γονικής άδειας θα εξετ άζεται αυτ όματ α το ί ωμα σας σε εξομ ούμενη περί οδο ασφαλί σης

Παρακαλώ πω δηλώσει τις προηγούμενες περιόδους για τις οποί ες έχει ετε εξ ασφαλί σει γονική Ε сли выхот ит е, ч т обыэт о было т ак , т о вы может е:

(α) τη χώρα ... (β) από : ... μέχρι : ...
(α) τη χώρα ... (β) από : ... μέχρι : ...
(α) τη χώρα ... (β) από : ... μέχρι : ...

Προτί θεμαι να αξι οποιήσω τη περί οδο γονικής άδειας για τη επι μέλι α/φροντ ί δα του παι διού που α Д ляэт о го не обходимо:
ΗΑΙ/ΟΚ/Ι

ΜΕ ΡΟΣ Ι Ι – ΣΤ ΟΙ ΧΕ Ι Α ΠΑ Ι Δ Ι Ο Υ Γ Ι Α Τ Ο Ο Π Ο Ι Ο Α Π Α Ι Τ Ε Ι Τ Α Ι Γ Ο Ν Ι Κ Η Α Δ Ε Ι Α

Συμπληρώνεται σε όλες τις περιπτώσεις του	Συμπληρώνεται στην περίπτωση της
Όνομα επώνυμο παι δι ού:..... ... Ημερομηνί α Γέννησης παι δι ού: Αρ. Τ αυτ ό τ η ς παι δι ού: Αρ. εγγραφής αλλοδαπού: Ημερομηνί α λήξ ης άδειας μη ρό τ η ς / πατ ρό τ η ς (ανάλογα): 	Όνομα επώνυμο παι δι ού:..... ... Ημερομηνί α δι ατ άγματος υι οθεσί ας:..... Αρ. Τ αυτ ό τ η ς παι δι ού: Αρ. εγγραφής αλλοδαπού: Ημερομηνί α γέννησης παι δι ού: Ημερομηνί α λήξ ης άδειας μη ρό τ η ς / πατ ρό τ η ς (ανάλογα):
Αφορά η αίτ ηρησης παι δι που έχει πλ ηστ οποι ηθεί από το Σύστη μα Αξι ολό γησης Αναπρί ας του Κ οινωνικής Ε νσωμάτ ωσης Ατ ό μων με Αναπρί α: Ν ΑΙ / Ο Χ Ι	
Σε περί πωση που αφορά παι δι που έχει πλ ηστ οποι ηθεί από το Σύστη μα Αξι ολό γησης Αναπρί ας του Τ μήματος Κ οινωνικής Ε νσωμάτ ωσης Ατ ό μων με Αναπρί α ως άτ ομο με αναπρί α παρακαλώ πλ ησ αφθεί ησχητ ική πλ ηστ οποι ηρη από το αρμό δι ο Τ μήμα (βλ. απαιτ ούμενα πλ ηστ οποι ητ ικά)	

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΓΙΑΣΧΟΛΗΣΗΣ (Συμπληρώνεται από τον εργοδότη Σε περίπτωση που υπάρχουν περισσότεροι εργοδότες, το Μέρος ΙΙΙ θα πρέπει να συμπληρωθεί από όλους τους εργοδότες)

- Όνομα Εργοδότη
- Αριθμός Μητρώου Εργοδότη
- Διεύθυνση Τηλ.:
- Ηλ.διεύθυνση
- Ημερομηνία έναρξης απασχόλησης του αιτητή/ρίας:
- Γνωρίζετε στον αιτητή/ή οποιοδήποτε ποσό κατά τη διάρκεια της άδειας του: ΝΑΙ / ΟΧΙ :
В каком случае:
α) Πλήρεις απολαβές: περί οδός από μέχρι
β) Απολαβές μείον το επίδομα περί οδός από μέχρι :
γ) Μειωμένες απολαβές: ποσό € την εβδομάδα/το μήνα/την ημέρα
... .. περί οδός από μέχρι
7. Βεβαιώνω τη λήψη της γονικής άδειας για περίοδο από μέχρι

Ημερομηνία Υπογραφή Εργοδότη

ΜΕΡΟΣ ΙV – ΜΕΤΑΒΙΒΑΣΗ ΠΕΡΙΟΔΟΥ ΓΟΝΙΚΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΝΑΓΩΝΕΑΣΤΟΝ ΛΟΓΩΝ Α

Συμπληρώνεται από τον γονέα που μεταβιβάζει περίοδο γονικής άδειας, νοούμενου ότι ο αιτητής/ρίας, ??? (ομοιόμορνης ασφάλισης) που έχει σε ηδύαση του/της.

Στοιχεία γονέα που μεταβιβάζει περίοδο γονικής άδειας στον αιτητή/ρία:

Όνομα επώνυμο:

Ημερομηνία γέννησης: Αρ. Ταυτότητας: Αρ. Κ.Ο.Ν. Ο.Β.Ε. :

Αρ. Εγγραφής Αλλοδαπού: Διεύθυνση:

Φύλο: Άρρεν ☐ Θήλυ ☐

Σχέση προς το παιδί για το οποίο απαιτείται γονική άδεια (μητέρα/πατέρα)

Περίοδος γονικής άδειας που μεταβιβάζεται: από μέχρι

Υπογραφή:

ΜΕΡΟΣ V – ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΙΑΣΤΗ

Απαιτώ επίδομα γονικής άδειας/χορήγηση ομοιόμορνης ασφάλισης και δηλώνω υπεύθυνα ότι το πάνω στοιχείο είναι

αληθές. Εξ ου οι οδοί της Υπηρεσίας Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Υ.Κ.Α.) του Υπουργείου Εργασίας Κοινωνικών Ασφαλίσεων, να επαληθεύσουν σε

συνεργασία με άλλες αρμόδιες Αρχές της Δημοκρατίας, Οργανισμούς/Φορείς/Επιχειρήσεις όσα από

τα στοιχεία που περιέχονται στην αίτησή μου κρίνουν απαραίτητα.

Εγώ το πάνω υπογράφοντας δηλώνω ότι:

- Δίδω την παρούσα εξουσιοδότηση στα πλαίσια της “για Επίδομα/Χορήγηση Ομοιόμορνης Ασφάλισης Γονικής Άδειας” με βάση τον “Περί Κοινωνικών Ο.Β.Ε. 59(I)/2010”.
- Αντιλαμβάνομαι ότι, οι το πάνω πληροφορίες που με αφορούν και η το πάνω ενημέρωσή προς τις Υ.Κ.Α. είναι απαραίτητη ούτως ώστε να κασσει δύναμη ή εξετέσσει τη “για Επίδομα/Χορήγηση Ομοιόμορνης Ασφάλισης Γονικής Άδειας με βάση τον “Περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων Νόμο”.
- Σε περίπτωση ανάκλησης της εξουσιοδότησης αυτής, υποχρεώομαι να ενημερώσω άμεσα το τή των Υ.Κ.Α.

Ημερομηνία:

Υπογραφή:

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Предыдущий период в 2016/679 году οβουλί ου και του Συμβουλίου ου της 27ης Απριλίου ου 2016 για την προστάσι α των φυσικών προσώπων
ι τ ??? αυτών και την καταργητή της οδηγίας 95/46/ΕΚ (Γενικός Κανονισμός για την Προστασία α Δεδομένων).

Τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν και εκδηλώνονται από εμένα την ίδια τον ίδιο θα ύνται σε αρχείο και θα
τυγχάνουν αντικείμενο νόμιμης επεξεργασίας κατά την έννοια του (ΕΕ) 2016/679 год Ερωπαϊκού Κοινοβουλίου ου και του
Συμβουλίου ου της 27ης 2016 год ύει, από τον Υπεύθυνο Επεξεργασίας που είναι το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/
Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων για σκοπούς εξέτασης της παρούσας αίτησής μου.
Αποδεκτές των δεδομένων θα είναι το αρμόδιο προσωπικό του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Φαλίσσεων/Υπηρεσίες
Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Τα προσωπικά δεδομένα που περιλαμβάνονται στα αρχεία που τηρεί το Υπουργείο Εργασίας και
Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων μπορούν να ανακοινώνονται ή να μεταδίδονται των εμπλεκόμενων κυβερνητικών
υπηρεσιών. Η διαχείριση και επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων θα γίνεται με ασφάλεια και εχεμύθεια θα υπόκειται στις
σχετικές διατάξεις του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ερωπαϊκού Κοινοβουλίου ου και του Συμβουλίου ου της 27ης 2016 год α.
και ώρα αενημέρωσης, πρόσβασης, διόρθωσης και διαγραφής σε δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν, όπως αναφέρονται
στα άρθρα 13, 14, 15, 16, 17, 18 και 19 Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 Ερωπαϊκού ου και του Συμβουλίου ου της 27ης Απριλίου ου 2016 г. 27
сент 2016 г., когда будет готовο σίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων).

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΠΙΣΤΩΤΙΚΑ/ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ/ΕΓΓΡΑΦΑ:

1. Πιστοποιητικό του Συστήματος Αξιολόγησης Αναπλήρωσης του Τμήματος Κοινωνικής Ενσωμάτωσης Ατόμων με Αναπηρία ως άτομο
Этот не так, из этого не так.
2. Πιστοποιητικό γάμου.
3. Σε περίπτωση που η αίτηση υποβάλλεται από διαζευγμένο/άγαμο γονέα, διατάγματα κογενειακού στήριξης γονικής μέριμνας στο οποίο
να αναφέρονται λεπτομέρειες με τη φύλαξη ή φροντίδα τέκνου και επικοινωνία με το παιδί.
4. Σε περίπτωση που δεν υπάρχει διατάγμα γονικής μέριμνας να υποβάλλεται από κοινού Δήλωση από μητέρα και τον πατέρα
πιστοποιημένη από κοινού αρχή ή πιστοποιιών υπάλληλο που να ρυθμίζει την επικοινωνία με το.
5. Το πιστοποιητικό γέννησης του τέκνου απαιτείται σε περίπτωση που δεν έχει υποβληθεί αίτηση επίδομα μητρότητας ή
πατρότητας.
6. Τα στοιχεία του τραπεζικού λογαριασμού σε περίπτωση που έχει από τον τραπεζικό λογαριασμό που έχει δηλωθεί στις Υ.Κ.Α.
για πληρωμή άλλης παροχής.
7. Διατάγμα δικαστή στήριξης παράθεσης μητρότητας και γραπτή συμφωνία παράθεσης μητέρας και ριού όπου ισχύει σύμφωνα
με τον περί της Εφαρμογής της Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής Νόμος του 2015, 69(1)2015».

ΟΔΗΓΙΕΣ ΧΡΗΣΗΣ

Το επίδομα γονικής άδειας χορηγείται στους δικαιούχους για λόγους φροντίδας ή μετεπιβίωσης του τέκνου τους μέχρι 8 ετών, σύμφωνα με
τους ακόλουθους όρους, προϋποθέσεις και υπολογισμό:

- Α. Η αίτηση επίδομα θα πρέπει να υποβληθεί εντός της προθεσμίας των 7 ημερών από την ημέρα για την οποία απαιτείται η
χορήγηση της παροχής μαζί με όλα τα απαραίτητα πιστοποιητικά και έγγραφα.
- Β. Η αίτηση χορήγησή του περιόδων εξομοιούμενης ασφαλίσεως θα πρέπει να υποβληθεί εντός της προθεσμίας των 3 μηνών
από τη λήξη της γονικής άδειας.
- Γ. Η αίτηση επίδομα γονικής άδειας υποβάλλεται από ασφαλισμένο μισθωτό γονέα για τον οποίο ο ισχύον όλοι τα π.ο.κάτω
1. το επίδομα γονικής άδειας παραχωρείται σε μισθωτό πρόσωπο που είναι εγγεγραμμένο στις Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων
και πληρούν τις ασφαλιστικές προϋποθέσεις для получения пособия по уходу за ребенком или в связи с рождением ребенка
τον περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων Νόμο.
2. ?????????? εν από την
ημερομηνία έναρξης της περιόδου για την οποία υποβάλλει αίτηση επίδομα γονικής άδειας
3. Έχουν συμπληρωθεί ξί (6). 5 III της αίτησης.
- Δ. Το επίδομα γονικής άδειας καταβάλλεται για γονική άδεια που λαμβάνεται μετά τη λήξη της δουλειάς ή την οποία λαμβάνει επίδομα
μητρότητας ή επίδομα πατρότητας ανάλογα εάν δεν εξασφαλίσει και ώρα για καταβολή επιδόματος μητρότητας ή επιδόματος
πατρότητας, κατά τη λήξη της περιόδου να λάμβανε επίδομα εάν εξασφαλίσει διακρίματα, μέχρι και τη συμπλήρωση του γάμου
(8ου) έτους ηλικίας του κάθε παιδιού. Στην περίπτωση οφεισής, η γονική άδεια λαμβάνεται μετά τη λήξη της άδειας μητρότητας ή
ότις αντιστοιχάει για περίοδο 8 (8) ετών από την ημερομηνία οφεισής, νοουμένου ότι το ίδιο δεν θα υπερβεί μέχρι τότε το
δωδεκάμηνο (12ο) έτος της ηλικίας του. Στην περίπτωση που η αίτηση αναπλήρωσης του επίδομα γονικής άδειας καταβάλλεται μέχρι το 18ο
έτος ηλικίας του τέκνου.

ΑΠΟΚΟΜΜΑ ΑΠΟ ΔΕΙΞΗ – (Να συμπληρωθεί από τον αιτήρη/την αιτήτρια ή από αντιπρόσωπο) του/της.

Όνομα επώνυμο:

Παροχή για την οποία υποβάλλεται η αίτηση

Αρ. Δελτίου Τυτ ό της ή Αρ. Κοινωνικών Ασφαλίσεων:

Ημερ. παραλαβής της αίτησης:

Σφραγίδα και υπογραφή παραλήπτη