



Ο ΠΕΡΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΝΟΜΟΣ

## ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΠΙΔΟΜΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

### ΠΡΟΣΟΧΗ:

- Πριν συμπληρώσετε την αίτηση αυτή, διαβάστε προσεκτικά τις πληροφορίες/οδηγίες που αναγράφονται στο πίσω μέρος της αίτησης.
- Πρόσωπο που σε γνώση του προβαίνει σε ψευδή δήλωση ή ψευδείς παραστάσεις με σκοπό να εξασφαλίσει επίδομα για τον εαυτό του ή για άλλο πρόσωπο, υπόκειται σε ποινική δίωξη.

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

### ΜΕΡΟΣ Ι – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ/ΑΙΤΗΤΡΙΑΣ

Όνοματεπώνυμο: .....

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

Αρ. Εγγραφής Αλλοδαπού: ..... Αρ. Διαβατηρίου: .....

Φύλο: Άρρεν  Θήλυ

#### Οικογενειακή κατάσταση:

Άγαμος(η)  Έγγαμος(η)  Χήρος(α)  Διαζευγμένος(η)  Σε διάσταση

Ημερομηνία Γάμου: .....

Διεύθυνση: Οδός/Αριθμός: .....

Ενορία/Χωριό: ..... Επαρχία: ..... Ταχ. Κώδ.: .....

Τηλ.: ..... Φαξ: ..... Υπηκοότητα: .....

**Σημείωση:** Η παροχή θα σας καταβληθεί/καταβάλλεται στον τραπεζικό λογαριασμό που έχετε ήδη δηλώσει στις Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων για να λάβετε άλλη παροχή/πληρωμή από το Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων, το Κεντρικό Ταμείο Αδειών ή και το Ταμείο για Πλεονάζον Προσωπικό. Παρακαλώ όπως συμπληρώσετε τα πιο κάτω **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: .....

Αν έχετε ασφάλιση σε Σχέδιο Κοινωνικών Ασφαλίσεων άλλης χώρας δηλώστε:

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

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

Όνομα Συζύγου: .....

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

Αρ. Εγγραφής Αλλοδαπού: ..... Αρ. Διαβατηρίου: .....

### ΜΕΡΟΣ ΙΙ – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ ΤΟΥ ΑΙΤΗΤΗ ΓΙΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΑΥΞΗΣΗ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ

Όνοματεπώνυμο	Αριθμός Ταυτότητας/ Αρ. Εγγρ. Αλλοδαπού	Ημερομηνία Γέννησης	Φύλο	Συγγένεια

### ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ

1. Επάγγελμα (πλήρης περιγραφή): .....
2. Δηλώστε αν είστε μισθωτός ή αυτοτελής εργαζόμενος: .....
3. Διεύθυνση απασχόλησης: Οδός/Αριθμός: .....  
Ενορία/Χωριό: ..... Επαρχία: ..... Ταχ. Κώδ.: .....  
Τηλ.: ..... Φαξ: .....
4. Ημερομηνία έναρξης ανικανότητας για εργασία: .....
5. Ημερομηνία διακοπής της απασχόλησης: .....
6. Η ανικανότητα σας προκλήθηκε από ατύχημα: ΝΑΙ / ΟΧΙ. Αν “ΝΑΙ”, να αναφέρετε την ημερομηνία, την ώρα του ατυχήματος και πως προκλήθηκε το ατύχημα. ....  
.....  
.....

### ΜΕΡΟΣ ΙV – ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΡΓΟΔΟΤΗ

(οι πληροφορίες παρέχονται από τον εργοδότη, αν ο αιτητής ήταν μισθωτός κατά την ημέρα που άρχισε η ανικανότητά του για εργασία)

1. Όνομα εργοδότη: ..... Αρ. Μητρώου: .....
2. Διεύθυνση εργοδότη: ..... Τηλ.: ..... Φαξ: .....
3. Απολαβές του αιτητή πριν από τη διακοπή της εργασίας του λόγω ανικανότητας: € ..... την εβδομάδα/το μήνα.
4. Πληρώνετε στον αιτητή οποιοδήποτε ποσό κατά τη διάρκεια της ανικανότητάς του: ΝΑΙ / ΟΧΙ  
Αν “ΝΑΙ” αναφέρετε:  
(α) Πλήρεις απολαβές: περίοδος από ..... μέχρι .....
- (β) Απολαβές μείον το επίδομα: περίοδος από ..... μέχρι .....
- (γ) Μειωμένες απολαβές: ποσό € ..... την εβδομάδα/το μήνα  
περίοδος από ..... μέχρι .....

Ημερομηνία: ..... Υπογραφή εργοδότη: .....

### ΜΕΡΟΣ V – ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΕΑΝ Ο ΑΙΤΗΤΗΣ ΕΙΝΑΙ ΑΥΤΟΤΕΛΩΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟ ΠΡΟΣΩΠΟ

Αν έχετε νοσηλευτεί σε νοσοκομείο ή κλινική αναφέρετε: (Να επισυναφθεί βεβαίωση νοσηλείας).

- (α) Όνομα και διεύθυνση νοσοκομείου/κλινικής: .....  
..... Τηλ.: ..... Φαξ: .....
- (β) Περίοδος νοσηλείας: από ..... μέχρι .....

### ΜΕΡΟΣ VI – ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΕΑΝ ΕΚΚΡΕΜΕΙ ΑΙΤΗΜΑ ΤΟΥ ΑΙΤΗΤΗ ΜΕ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

- (α) Σας έχει εξετάσει κάποιος Ιατρός εκ μέρους ασφαλιστικής εταιρείας; Εάν ναι, υποδείξετε τον Ιατρό, την Ασφαλιστική εταιρεία και την ημερομηνία .....
- (β) Σε περίπτωση που από την ημέρα υποβολής της αίτησής σας μέχρι την ημέρα που θα κληθείτε σε εξέταση από Ιατρικό Συμβούλιο των Υπηρεσιών Κοινωνικών Ασφαλίσεων, εξετασθείτε από Ιατρό εκ μέρους ασφαλιστικής εταιρείας, οφείλετε να ενημερώσετε τις Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

### ΜΕΡΟΣ VII – ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ΣΥΖΥΓΟΥ

Δηλώστε κατά πόσο ο/η σύζυγος εργάζεται: ΝΑΙ / ΟΧΙ

### ΜΕΡΟΣ VIII – ΑΙΤΗΣΗ ΚΑΙ ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Απαιτώ επίδομα ασθενείας για την περίοδο από ..... μέχρι ..... και δηλώνω ότι την περίοδο αυτή δεν εργάστηκα/δεν θα εργαστώ και ότι οι πληροφορίες που είναι καταχωρημένες στο έντυπο αυτό είναι αληθείς.

\* Εξακολουθώ να είμαι ανίκανος για εργασία/Ξανάρχισα εργασία από .....

Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα πιο πάνω στοιχεία είναι αληθή. Εξουσιοδοτώ τις Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΥΚΑ) του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, να επαληθεύσουν σε συνεργασία με άλλες αρμόδιες Αρχές της Δημοκρατίας, με Οργανισμούς/Φορείς/Επιχειρήσεις και με αντίστοιχους αρμόδιους φορείς του εξωτερικού, όσα από τα στοιχεία που περιέχονται στην αίτησή μου κρίνουν απαραίτητο.

Εγώ ο πιο κάτω υπογράφοντας δηλώνω ότι:

1. Δίδω την παρούσα εξουσιοδότηση στα πλαίσια της αίτησης “για Παροχή Επιδόματος Ασθενείας”.
2. Αντιλαμβάνομαι ότι, οι πιο πάνω πληροφορίες που με αφορούν και η πιο πάνω ενημέρωση προς τις ΥΚΑ είναι απαραίτητη, ούτως ώστε να καταστεί δυνατή η αξιολόγηση ή επιβεβαίωση των στοιχείων που συμπεριλαμβάνονται στην αίτηση.
3. Σε περίπτωση ανάκλησης της εξουσιοδότησης αυτής, υποχρεώνομαι να ενημερώσω άμεσα το Διευθυντή των ΥΚΑ.

Αν δεν υπογραφεί η παρούσα εξουσιοδότηση τότε αυτόματα η παρούσα αίτηση θεωρείται ως μη παραληφθείσα.

Ημερομηνία: ..... Ονοματεπώνυμο: ..... Υπογραφή: .....

\* Διαγράφεται ανάλογα με την περίπτωση

## ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Ενημέρωση που γίνεται με βάση το Κεφάλαιο ΙΙΙ 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 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 27ης Απριλίου 2016 όπως ισχύει, από τον Υπεύθυνο Επεξεργασίας που είναι το Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων, για σκοπούς εξέτασης της παρούσας αίτησής μου. Αποδέκτες των δεδομένων θα είναι το αρμόδιο προσωπικό του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Τα προσωπικά δεδομένα που περιλαμβάνονται στα αρχεία που τηρεί το Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων 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 27ης Απριλίου 2016, για τα οποία μπορώ να απευθυνθώ στον Υπεύθυνο Επεξεργασίας (το Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων).

## ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ/ΟΔΗΓΙΕΣ

1. Η αίτηση αυτή πρέπει να υποβληθεί το αργότερο μέσα σε ΕΙΚΟΣΙ ΜΙΑ ΗΜΕΡΕΣ από την ημέρα που απαιτείται το επίδομα.
2. **Μαζί με την αίτηση πρέπει να υποβληθούν τα ακόλουθα πρωτότυπα πιστοποιητικά/βεβαιώσεις:**
  - (α) Ιατρικό πιστοποιητικό στο οποίο να καθορίζεται η φύση και η διάρκεια της ανικανότητας για εργασία.
  - (β) Πιστοποιητικό φοίτησης για κάθε άγαμο εξαρτώμενο παιδί του αιτητή ηλικίας μεταξύ 15 και 23 χρόνων αν είναι κόρη ή μεταξύ 15 και 25 χρόνων αν είναι γιος.
  - (γ) Πιστοποιητικό υπηρεσίας για κάθε άγαμο γιο ηλικίας μέχρι 25 χρόνων που υπηρετεί τη θητεία του στην Εθνική Φρουρά.
  - (δ) Ιατρικό πιστοποιητικό για ανάπηρο άγαμο παιδί πέραν των 15 χρόνων που είναι μόνιμα ανίκανο για εργασία και συντηρείται από τον αιτητή.
  - (ε) Πιστοποιητικό γέννησης για κάθε εξαρτώμενο παιδί αν η αίτηση υποβάλλεται για πρώτη φορά.
- (στ) Πρωτότυπη και πρόσφατη βεβαίωση από το Τραπεζικό Ίδρυμα, όπου να παρουσιάζεται ο δικαιούχος και ο διεθνής αριθμός λογαριασμού (IBAN).

-----  
**ΑΠΟΚΟΜΜΑ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ – (Να συμπληρωθεί από τον αιτητή/την αιτήτρια ή από αντιπρόσωπό του/της).**

Όνοματεπώνυμο: .....

Παροχή για την οποία υποβάλλεται η αίτηση: .....

Αρ. Δελτίου Ταυτότητας ή Αρ. Κοινωνικών Ασφαλίσεων: .....

Ημερ. παραλαβής της αίτησης: .....

Σφραγίδα και υπογραφή παραλήπτη