

**ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**  
**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ**  
**ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ**

**ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΙΔΙΚΟΥ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ**  
**ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ**

**ΜΕΡΟΣ Ι – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ / ΑΙΤΗΤΡΙΑΣ**

Όνομα: ..... Επώνυμο: .....

Ηλ. Διεύθυνση (email): .....

Αρ. Κινητού Τηλεφώνου: .....

Αρ. Σταθερού Τηλεφώνου: .....

Ημερομηνία Γέννησης: ..... Αρ. Κοινωνικών Ασφαλίσεων: .....

Υπηκοότητα: ..... Αρ. Δελτίου Ταυτότητας / Αρ. Δελτίου Εγγραφής Αλλοδαπού (ARC): .....

Μισθωτός: ..... Αυτοτελώς Εργαζόμενος: .....

**ΜΕΡΟΣ ΙΙ – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ**

Οδός: ..... Αρ.: .....

Δήμος / Κοινότητα: ..... Επαρχία: ..... Ταχ. Κωδ.: .....

Περίοδος Ασθενείας: από ..... μέχρι .....

Δεν εργάστηκα από το σπίτι ή και με τηλεργασία ή και με ευέλικτο ωράριο κατά την πιο πάνω περίοδο: .....

**ΣΗΜΕΙΩΣΗ:** Η πληρωμή θα καταβληθεί στον τραπεζικό λογαριασμό σας.

**Προσοχή:** Για να σας καταβληθεί το επίδομα χρειάζεται οπωσδήποτε να συμπληρώσετε τα στοιχεία του IBAN σας στο ΈΝΤΥΠΟ ΕΕΑ.6 «ΔΗΛΩΣΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΥ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ» που αφορά τη δήλωση για τα στοιχεία του λογαριασμού στον οποίο θα κατατεθεί το επίδομα το οποίο βρίσκεται αναρτημένο στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων [www.coronavirus.mlsi.gov.cy](http://www.coronavirus.mlsi.gov.cy)

Η αίτηση για το Ειδικό Επίδομα Ασθενείας υποβάλλεται ΜΟΝΟ από μισθωτούς του ιδιωτικού τομέα ή αυτοτελώς εργαζομένους που εμπίπτουν σε οποιαδήποτε από τις ακόλουθες κατηγορίες:

- (α) πρόσωπα που εμπίπτουν στον κατάλογο των ευπαθών ομάδων, όπως έχουν καθοριστεί από το Υπουργείο Υγείας στο δελτίο τύπου ημερομηνίας 16/3/2020 ή και σε οποιαδήποτε μελλοντική αναθεώρησή του και κατέχουν πιστοποιητικό από τον προσωπικό τους ιατρό,
- (β) πρόσωπα που βρίσκονται σε καθεστώς υποχρεωτικού περιορισμού (καραντίνα) ή και καθεστώς αυτοπεριορισμού βάσει οδηγιών του Υπουργείου Υγείας και κατέχουν Ιατρικό Πιστοποιητικό, το οποίο εκδίδεται από το Υπουργείο Υγείας, ή ανάλογα με τις οδηγίες του Υπουργείου Υγείας από τον προσωπικό γιατρό
- (γ) πρόσωπα οι οποίοι έχουν προσβληθεί από τον ιό COVID 19 και κατέχουν πιστοποιητικό από το Υπουργείο Υγείας,

Επισύναψη του πιστοποιητικού που αναφέρεται πιο πάνω:

**ΜΕΡΟΣ ΙV – ΑΙΤΗΣΗ ΚΑΙ ΔΗΛΩΣΗ**

Αιτούμαι Ειδικό Επίδομα Ασθενείας για την περίοδο που αναφέρεται ανωτέρω και δηλώνω υπεύθυνα ότι την περίοδο αυτή δεν εργάζομαι/εργάστηκα για τους λόγους που αναφέρονται στο πιστοποιητικό που έχω επισυνάψει

και οι πληροφορίες που είναι καταχωρημένες στο έντυπο αυτό είναι αληθείς και πληρούνται όλοι οι όροι και προϋποθέσεις που εμφανίζονται πιο κάτω:

**1. Το Ειδικό Επίδομα Ασθενείας χορηγείται στους δικαιούχους σύμφωνα με τους ακόλουθους όρους, προϋποθέσεις και τρόπο υπολογισμού:**

- (α) Το Ειδικό Επίδομα Ασθενείας καταβάλλεται μόνο εφόσον συμπληρωθεί πλήρως και υποβληθεί η παρούσα αίτηση.
- (β) Το Ειδικό Επίδομα Ασθενείας καταβάλλεται μόνο εφόσον υποβληθεί επίσης από την αιτήτρια ή τον αιτητή διαδικτυακά η δήλωση ΕΕΑ.6 «ΔΗΛΩΣΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΥ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ» που αναρτάται στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ( [www.coronavirus.mlsi.gov.cy](http://www.coronavirus.mlsi.gov.cy) ) και αφορά τη δήλωση για τα στοιχεία του λογαριασμού στον οποίο θα κατατεθεί το επίδομα.
- (γ) Το Ειδικό Επίδομα Ασθενείας παραχωρείται μόνο σε πρόσωπα που εμπίπτουν στις ακόλουθες κατηγορίες, εφόσον υποβληθεί το σχετικό πιστοποιητικό:
  - i. πρόσωπα που εμπίπτουν στον κατάλογο των ευπαθών ομάδων, όπως έχουν καθοριστεί από το Υπουργείο Υγείας στο δελτίο τύπου ημερομηνίας 16/3/2020 ή και σε οποιαδήποτε μελλοντική αναθεώρησή του και κατέχουν πιστοποιητικό από τον προσωπικό τους ιατρό,
  - ii. πρόσωπα που βρίσκονται σε καθεστώς υποχρεωτικού περιορισμού (καραντίνα) και καθεστώς αυτοπεριορισμού βάσει οδηγιών του Υπουργείου Υγείας και κατέχουν Ιατρικό Πιστοποιητικό, το οποίο εκδίδεται από το Υπουργείο Υγείας, ή ανάλογα με τις οδηγίες του Υπουργείου Υγείας από τον προσωπικό γιατρό
  - iii. πρόσωπα οι οποίοι έχουν προσβληθεί από τον ιό COVID 19 και κατέχουν πιστοποιητικό από το Υπουργείο Υγείας,
  - iv. πρόσωπα ηλικίας μεταξύ 63-65 ετών οι οποίοι δεν λαμβάνουν θεσμοθετημένη σύνταξη, οι οποίοι περιλαμβάνονται στις κατηγορίες (i), (ii) και (iii) ανωτέρω και κατέχουν το αντίστοιχο πιστοποιητικό.
- (δ) Το Ειδικό Επίδομα Ασθενείας παραχωρείται μόνο σε πρόσωπα που εργάζονται κατά την περίοδο για την οποία αιτούνται το Ειδικό Επίδομα Ασθενείας και είναι ασφαλισμένα στο Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων, είναι ηλικίας μέχρι 65 ετών και δεν λαμβάνουν θεσμοθετημένη σύνταξη.
- (ε) Το Ειδικό Επίδομα Ασθενείας που καταβάλλεται σε δικαιούχους υπολογίζεται ως ακολούθως:
  - i. Για μισθωτά πρόσωπα και αυτοτελώς εργαζόμενα πρόσωπα για τα οποία πληρούνται οι ασφαλιστικές προϋποθέσεις με βάση τον περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων Νόμο στο 60% της αξίας των ασφαλιστικών μονάδων σύμφωνα με τον πιο πάνω Νόμο
  - ii. Για μισθωτά πρόσωπα για τα οποία δεν πληρούνται οι ασφαλιστικές προϋποθέσεις με βάση τον περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων Νόμο και είναι ασφαλισμένοι στο Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων τον Ιανουάριο 2020, θα λαμβάνεται υπόψη ο μισθός (ασφαλιστέες αποδοχές) του Ιανουαρίου 2020 ή ο τελευταίος μισθός για τον οποίο υπάρχουν στοιχεία στο μητρώο των Υπηρεσιών Κοινωνικών Ασφαλίσεων και θα καταβάλλεται Ειδικό Επίδομα Ασθενείας υπό προϋποθέσεις, και το ύψος του οποίου θα καθοριστεί με μεταγενέστερη Απόφαση.
  - iii. Για αυτοτελώς εργαζόμενο πρόσωπο για το οποίο δεν πληρούνται οι ασφαλιστικές προϋποθέσεις θα ανέρχεται στο 60% του ποσού του εβδομαδιαίου ύψους των ασφαλιστέων αποδοχών του με βάση το εισόδημα για το οποίο το τέταρτο τρίμηνο του 2019 είχε υποχρέωση καταβολής εισφορών στο Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

- iv. Το ανώτατο ποσό που δύναται να καταβληθεί ως ειδικό επίδομα ασθενείας για μισθωτούς του ιδιωτικού τομέα και για αυτοτελώς εργαζόμενους για περίοδο ενός μήνα δεν μπορεί να υπερβαίνει τα €1.214.
- (στ) Το Ειδικό Επίδομα Ασθενείας δεν παρέχεται για περίοδο για την οποία ο αιτητής λαμβάνει ανεργιακό επίδομα, ειδικό ανεργιακό επίδομα, επίδομα ασθενείας, επίδομα Ειδικής Άδειας για Φροντίδα Παιδιών. Η περίοδος για την οποία παρέχεται το Ειδικό Επίδομα Ασθενείας θα λαμβάνεται υπόψη για τον υπολογισμό και την παροχή του επιδόματος ασθενείας που προνοείται από τις διατάξεις των περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων Νόμων.
- (ζ) Το Ειδικό Επίδομα Ασθενείας για τους δικαιούχους των κατηγοριών που αναφέρονται στην παράγραφο (γ)(i) ανωτέρω και για πρόσωπα που βρίσκονται σε αυτοπεριορισμό θα παραχωρείται μόνο αν η φύση της εργασίας δεν επιτρέπει την τηλεργασία ή την εργασία από το σπίτι ή την εργασία με ευέλικτο ωράριο.
- (η) Η περίοδος κάλυψης Ειδικού Επιδόματος Ασθενείας λήγει στις 12 Απριλίου 2020.
2. Για την περίοδο για την οποία θα καταβληθεί το Ειδικό Επίδομα Ασθενείας, ο εργοδότης απαλλάσσεται από την υποχρέωσή του για την καταβολή του μισθού στους εργοδοτούμενους του που έλαβαν το εν λόγω Ειδικό Επίδομα Ασθενείας.
3. Η περίοδος του Ειδικού Επιδόματος Ασθενείας θα θεωρείται περίοδος εξομοιούμενης ασφάλισης για σκοπούς εισφορών στο Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων και θα πιστωθεί αναλόγως ο ασφαλιστικός λογαριασμός του δικαιούχου.

Σημειώνεται ότι από το Ειδικό Επίδομα Ασθενείας μπορούν να επωφεληθούν και δικαιούχοι Ελάχιστου Εγγυημένου Εισοδήματος οι οποίοι εργάζονται και είναι γονείς. Το επίδομα Ειδικής Άδειας για Φροντίδα Παιδιών το οποίο θα καταβληθεί σε δικαιούχους Ελάχιστου Εγγυημένου Εισοδήματος θα ληφθεί υπόψη για σκοπούς υπολογισμού του εισοδήματος που λαμβάνεται υπόψη για σκοπούς καταβολής του Ελάχιστου Εγγυημένου Εισοδήματος για την περίοδο καταβολής του

#### **ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ / ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ**

Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα πιο πάνω στοιχεία είναι αληθή. Σε περίπτωση ψευδούς δήλωσής μου, γνωρίζω ότι είμαι ένοχος αδικήματος και σε περίπτωση καταδίκης μου υπόκειμαι σε χρηματική ποινή μέχρι €40.000 ή σε φυλάκιση μέχρι 2 χρόνια ή και στις δύο ποινές μαζί. Γνωρίζω, επίσης, ότι σε περίπτωση που μου καταβληθεί επίδομα αντικανονικά χωρίς να το δικαιούμαι οφείλω να το επιστρέψω.

Εξουσιοδοτώ το Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, να επαληθεύσει σε συνεργασία με άλλες αρμόδιες Αρχές της Δημοκρατίας ή του εξωτερικού και με Οργανισμούς/Φορείς/Επιχειρήσεις όσα από τα στοιχεία που περιέχονται στην αίτησή μου κρίνουν ότι είναι απαραίτητα και σχετικά με το σκοπό της συλλογής τους.

Εγώ ο/η πιο κάτω, υποβάλλοντας την παρούσα αίτηση ρητά δηλώνω ότι:

1. Δίδω την παρούσα εξουσιοδότηση στα πλαίσια της αίτησής μου για χορήγηση Ειδικού Επιδόματος Ασθενείας.
2. Αναγνωρίζω ότι για την περίοδο παροχής του Ειδικού Επιδόματος Ασθενείας χρειάζεται να αυτοπεριοριστώ, για την προστασία της δικής μου υγείας αλλά και της δημόσιας υγείας.
3. Αντιλαμβάνομαι ότι, οι πιο πάνω πληροφορίες που με αφορούν και η πιο πάνω ενημέρωση προς το Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων είναι απολύτως απαραίτητη, ούτως ώστε να καταστεί δυνατή η εξέταση της αίτησής μου.
4. Σε περίπτωση ανάκλησης της εξουσιοδότησης αυτής, υποχρεώνομαι να ενημερώσω αμέσως τον Γενικό Διευθυντή του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.
5. Αν δοθεί οποιοδήποτε ποσό, το οποίο θα αποδειχθεί ότι δεν ήταν οφειλόμενο, οφείλω να το επιστρέψω ή και αποδέχομαι να συμψηφιστεί με άλλες παροχές που δικαιούμαι.

#### **ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ**

Ενημέρωση που γίνεται με βάση το Κεφάλαιο III του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και Συμβουλίου της 27<sup>ης</sup> 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 Συμβουλίου της 27<sup>ης</sup> 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 τα άρθρα 13, 14, 15, 16, 17, 18 και 19 του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27<sup>ης</sup> Απριλίου 2016, για τα οποία μπορώ να απευθυνθώ στον Υπεύθυνο Επεξεργασίας (το Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων).

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

Αρ. Κοινωνικών Ασφαλίσεων: ..... Ταυτότητα: .....

Συμφωνώ με τα πιο πάνω