



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ



ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
1468 ΛΕΥΚΩΣΙΑ

Ο περί Τερματισμού Απασχολήσεως Νόμος 1967–2016

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΠΛΗΡΩΜΗ ΛΟΓΩ ΠΛΕΟΝΑΣΜΟΥ

ΠΡΟΣΟΧΗ:

1. Η αίτηση αυτή πρέπει να υποβληθεί σε διάστημα τριών μηνών από την ημερομηνία του τερματισμού της απασχόλησης.
2. Μαζί με την αίτηση να υποβληθούν:
 - (α) Πιστοποιητικό γέννησης σε περίπτωση που ο αιτητής είναι άνω των 60 χρονών και
 - (β) αποδεικτικό της υπηρεσίας του αιτητή στην Εθνική Φρουρά σε περίπτωση που η υπηρεσία του εμπίπτει μέσα στην περίοδο απασχολήσής του για την οποία απαιτεί πληρωμή λόγω πλεονασμού.
3. Κάθε πρόσωπο που προβαίνει σε ψευδείς δηλώσεις ή παραστάσεις με σκοπό την εξασφάλιση πληρωμής λόγω πλεονασμού είναι ένοχο αδικήματος για το οποίο ο Νόμος προβλέπει χρηματική ποινή μέχρι €768 ή φυλάκιση μέχρι έξι μήνες ή και τις δύο ποινές.

ΜΕΡΟΣ Ι – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ

Όνοματεπώνυμο:

Αριθμός Ταυτότητας: Αριθμός Κοινωνικών Ασφαλίσεων:

Αριθμός Εγγρ. Αλλοδ.: Αριθμός Διαβατηρίου:

Ημερομηνία γέννησης: Τηλέφωνο:

Διεύθυνση: Ταχ. Κώδ.:

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Η πληρωμή θα σας καταβληθεί 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:

Πρωτότυπη βεβαίωση από το Τραπεζικό Ίδρυμα, όπου να παρουσιάζεται ο δικαιούχος και ο διεθνής αριθμός λογαριασμού (IBAN)

ΜΕΡΟΣ ΙΙ – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΤΟΥ ΑΙΤΗΤΗ ΜΕ ΤΟΝ ΕΡΓΟΔΟΤΗ Ο ΟΠΟΙΟΣ ΤΟΝ ΑΠΕΛΥΣΕ

Όνομα Εργοδότη: Αρ. Μητρώου Εργοδότη:

Διεύθυνση: Τηλ.:

Επάγγελμα με τον πιο πάνω εργοδότη:

Αν ο εργοδότης σας είναι εταιρεία, παρακαλώ δηλώστε αν ήσαστε ή εξακολουθείτε να είστε μέτοχος (ΝΑΙ/ΟΧΙ).

Περίοδος απασχολήσεως με τον πιο πάνω εργοδότη: από: μέχρι:

Αν υπήρξαν διακοπές στην απασχόλησή σας κατά την πιο πάνω περίοδο δώστε τους λόγους και την περίοδο διακοπής:

Περίοδος: Λόγος:

Περίοδος: Λόγος:

Περίοδος: Λόγος:

Ώρες απασχόλησης εβδομαδιαία:

Ημερομηνία τερματισμού απασχόλησης:

Ποιές οι ακαθάριστες απολαβές σας κατά το μήνα/την εβδομάδα που τερματίστηκαν οι υπηρεσίες σας: €

Δικαιούστε σε 13ο/14ο μισθό, 53η/54η/55η/56η εβδομάδα, κλπ: (ΝΑΙ ή ΟΧΙ)

Αν «ΝΑΙ» δηλώστε τι δικαιούστε:

Περίοδος προειδοποίησης που σας δόθηκε από τον εργοδότη σας από:μέχρι:

Αν δεν έχετε εργαστεί την περίοδο προειδοποίησης και έχετε πάρει πληρωμή αντί προειδοποίησης δηλώστε το ποσό €:

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ – ΛΟΓΟΙ ΑΠΟΛΥΣΗΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΧΡΗΣΙΜΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Ποιους λόγους σας έχει δώσει ο εργοδότης σας για την απόλυσή σας:

.....

.....

Σας έχει προσφερθεί από τον εργοδότη σχέδιο πρόωρης αφυπηρέτησης ή σχέδιο εθελούσιας αποχώρησης; ΝΑΙ/ΟΧΙ

Αν «ΝΑΙ» αναφέρετε: α) το είδος του σχεδίου που προσφέρθηκε:

β) Ύψος αποζημίωσης: €:

Συμφωνείτε με τους λόγους της απόλυσης που σας έδωσε ο εργοδότης σας; ΝΑΙ/ΟΧΙ

Αν «ΟΧΙ» δώστε λεπτομέρειες:

.....

Η απασχόλησή σας ήταν πάνω σε δοκιμαστική βάση; ΝΑΙ/ΟΧΙ

Έχουν απολυθεί μαζί σας και άλλοι εργοδοτούμενοι από τον εργοδότη σας; ΝΑΙ/ΟΧΙ

Αν «ΝΑΙ» πόσοι και ποια τα επαγγέλματα/ειδικότητές τους:

.....

.....

Έχουν προσληφθεί τελευταία από τον εργοδότη σας άλλοι εργοδοτούμενοι; ΝΑΙ/ΟΧΙ

Είστε άνεργος ή εργάζεστε; Αν εργάζεστε, παρακαλώ δηλώστε

(α) το όνομα, διεύθυνση και τηλέφωνο του νέου εργοδότη σας:

.....

(β) αν υπάρχει οποιαδήποτε σχέση μεταξύ του νέου σας εργοδότη και του εργοδότη ο οποίος σας απέλυσε:

.....

(γ) την ημερομηνία πρόσληψής σας στο νέο εργοδότη:

Σας προσφέρθηκε από τον εργοδότη σας πριν την απόλυσή σας άλλη εργασία; ΝΑΙ/ΟΧΙ

Αν σας προσφέρθηκε εργασία και δεν την αποδεκτήκατε, παρακαλώ δηλώστε τους λόγους:

.....

Άλλες σχετικές πληροφορίες:

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

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 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 Πληρωμή λόγω Πλεονασμού”.
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 εξέταση αίτησης “Για Πληρωμή λόγω Πλεονασμού”.
3. Σε περίπτωση ανάκλησης της εξουσιοδότησης αυτής, υποχρεώνομαι να ενημερώσω άμεσα το Διευθυντή των ΥΚΑ.

Ημερομηνία:

Υπογραφή Εργοδοτούμενου:

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).