

# Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ<sup>1</sup>

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

## Περιγραφή αιτήματος: «Απονομή σύνταξης λόγω ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ»

### Δημοσίου Τομέα

ΠΡΟΣ:	ΕΝΙΑΙΟ ΤΑΜΕΙΟ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΑΙ ΕΦΑΠΕΞ ΠΑΡΟΧΩΝ (Ε.Τ.Ε.Α.Ε.Π.)	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ*	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		*Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:	
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:	
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Ημερομηνία έκδοσης:	
Εκδούσα Αρχή:		Α.Φ.Μ.:	
Δ.Ο.Υ.:		ΑΜΚΑ:	
		Α.Μ. ΙΚΑ:	
Ημερ/νία γέννησης:			Τόπος Γέννησης:
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:	Αριθ:
			ΤΚ:
Τηλ:		Fax:	E – mail:

### ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης)

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:	
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:	Τ.Κ.:
Τηλ:		Fax:	E – mail:

Σε περίπτωση που δεν συντάσσεται η εξουσιοδότηση του εντύπου αυτού, απαιτείται η προσκόμιση συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου ή εξουσιοδότηση με θεωρημένο το γνήσιο της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή ΚΕΠ.

(1) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις<sup>(2)</sup> που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ.6 του άρθρου 22 του Ν1599/86 δηλώνω ότι:

1. Πότε διακόψατε την εργασία σας	...../...../.....		
2. Σε ποιο Επικουρικό Ταμείο ή Κλάδο ή Τομέα ανήκετε;	<input type="checkbox"/> ΤΕΑΔΥ, <input type="checkbox"/> ΤΕΑΥΑΠ, <input type="checkbox"/> ΤΕΑΕΧ, <input type="checkbox"/> ΤΕΑΥΠΣ, <input type="checkbox"/> ΤΑΔΚΥ, <input type="checkbox"/> ΤΕΑΠΟΚΑ, <input type="checkbox"/> ΤΕΑΧ, <input type="checkbox"/> ΑΛΛΟ (διευκρινήστε): .....		
3α. Έχετε χρόνο ασφάλισης σε <u>άλλο</u> Επικουρικό Ταμείο (ΕΚΤΟΣ ΤΟΥ ΕΤΕΑ); Αν ναι, γράψτε την επωνυμία του Ταμείου αυτού.	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	TAMEIO: 1) ..... 2) .....
3β. Έχετε χρόνο ασφάλισης σε Επικουρικό Ταμείο που έχει συγχωνευτεί στο ΕΤΕΑ;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
4. Αν ήσασταν ασφαλισμένος μήπως σας έχουν επιστραφεί οι ασφαλιστικές εισφορές που είχατε καταβάλλει;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
5. Θέλετε να συνυπολογίσουμε το χρόνο ασφάλισής σας στο Ταμείο αυτό με τις διατάξεις της διαδοχικής ασφάλισης;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
6. Παίρνετε σύνταξη από άλλο φορέα Επικουρικής Ασφάλισης; (αν ΝΑΙ σημειώνετε απο ποιόν)	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	(.....) ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
7. Ημερομηνία εισόδου στην κοινωνική ασφάλιση	...../...../.....		
8α. Κύριος Φορέας Ασφάλισης β. Με ποιές διατάξεις θα συνταξιοδοτηθείτε από τον κύριο φορέα;	..... <input type="checkbox"/> ΔΗΜΟΣΙΟΫΠΑΛΛΗΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ <input type="checkbox"/> ΚΟΙΝΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΙΚΑ		
9. Σε περίπτωση που δεν συμπληρώνονται οι απαιτούμενες προϋποθέσεις απονομής σύνταξης λόγω αναπηρίας επιθυμείτε:			
α) Την εξαγορά της στρατιωτικής θητείας	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
Δηλώστε αν έχει γίνει εξαγορά της σε <u>άλλο</u> Φορέα Επικουρικής Ασφάλισης; - Τον τρόπο εξόφλησης της εξαγοράς	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	ΕΦΑΠΑΞ <input type="checkbox"/> ΣΕ ΔΟΣΕΙΣ <input type="checkbox"/>
β) Επιθυμείτε την αναγνώριση κάποιων από τους παρακάτω χρόνους ασφάλισης (Ν. 3863/2010 άρθρο 10 παρ. 18) Συμπληρώστε με X το κατάλληλο πεδίο			
<b>ΧΩΡΙΣ ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΕΙΣΦΟΡΩΝ:</b>	<b>ΜΕ ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΕΙΣΦΟΡΩΝ:</b>		
ΕΠΙΔΟΤΟΥΜΕΝΗ ΑΝΕΡΓΙΑ <input type="checkbox"/>	ΣΠΟΥΔΕΣ <input type="checkbox"/>	ΧΡΟΝΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ <input type="checkbox"/>	ΚΕΝΑ ΔΙΑΣΤΗΜΑΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ <input type="checkbox"/>
ΕΠΙΔΟΤΟΥΜΕΝΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ <input type="checkbox"/>	ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΑΔΕΙΑ <input type="checkbox"/>	ΓΟΝΙΚΗ ΑΔΕΙΑ ΑΝΑΤΡΟΦΗΣ <input type="checkbox"/>	ΧΡΟΝΟΣ ΦΥΛΑΚΙΣΗΣ* <input type="checkbox"/>
ΧΡΟΝΟΣ ΚΥΗΣΗΣ-ΛΟΧΕΙΑΣ <input type="checkbox"/>	ΧΡΟΝΟΣ ΜΑΘΗΤΕΙΑΣ <input type="checkbox"/>	ΑΠΕΡΓΙΑ <input type="checkbox"/>	*Αφορά όσους φυλακίστηκαν μέχρι 27/06/1997 λόγω άρνησης εκπλήρωσης της στρατιωτικής θητείας, επικαλούμενοι θρησκευτικές ή ιδεολογικές πεποιθήσεις
γ) Επιθυμείτε να αναγνωρίσετε χρόνο ασφάλισης στα Βαρέα & Ανθυγιεινά (παρ.2 άρθρο 20 Ν.3232/04)	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
10. Αν εμπίπτετε στις διατάξεις του άρθρου 58 παρ. 1 του Ν.3518/06 (τυφλός/ή) για την χορήγηση του επιδόματος απόλυτης αναπηρίας, σημειώστε X στην ένδειξη ΝΑΙ παραπλεύρως.	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>		

Επίσης δηλώνω:

α) Ότι υποχρεούμαι να ειδοποιήσω το ΕΤΕΑΕΠ για οποιαδήποτε μεταβολή γίνει στην οικογενειακή μου κατάσταση (γάμος, γέννηση τέκνου, ενηλικίωση τέκνου, συνέχιση σπουδών στην τριτοβάθμια εκπαίδευση κ.λ.π. ή αλλαγή διεύθυνσης κατοικίας) ή για οποιοδήποτε άλλη μεταβολή επέλθει στα δηλωθέντα στοιχεία.

β) Ότι μου γνωστοποιήθηκε από το Ταμείο πως θα αναστέλλεται η καταβολή της σύνταξης μου αν απασχοληθώ σε εργασία ασφαλιστέα στο ΕΤΕΑΕΠ ή αν εργασθώ ή αυτοαπασχοληθώ σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 5 του άρθρου 16 του Ν.3863/10 και τις διατάξεις του Ν.3865/10.

γ) Έλαβα γνώση πως η κατάθεση των δικαιολογητικών, που υποχρεούμαι να προσκομίσω, είναι απαραίτητη για τη διεκπεραίωση αυτής της αίτησης και ενημερώθηκα για τα ελλείποντα δικαιολογητικά, τα οποία σημειώνονται στον σχετικό πίνακα (ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ) και αναλαμβάνω να τα προσκομίσω το συντομότερο δυνατό.

δ) Ότι θα προσκομίσω όλα τα επιπρόσθετα δικαιολογητικά τα οποία απαιτηθούν κατά την εξέταση της αίτησης μου.

ε).....  
.....  
.....  
.....

### ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Δηλώστε τις ιδιωτικές επιχειρήσεις-εργοδότες, την ειδικότητα και τα χρονικά διαστήματα που απασχοληθήκατε ως ασφαλισμένος/η του ΕΤΕΑ (όλα τα συγχωνευθέντα Ταμεία\*):

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ ΕΡΓΟΔΟΤΗ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ (από - έως)	ΤΑΜΕΙΟ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ (τέως)	ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΟΝΤΑΙ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ (σημειώνετε X)

Σε περίπτωση που ο χώρος δεν επαρκεί συμπληρώνετε και άλλη Υπεύθυνη Δήλωση-Πίνακα με τις υπόλοιπες επιχειρήσεις-εργοδότες

\*

βλπ πίνακας συγχωνευθέντων Ταμείων στο ΕΤΕΑ, (ξεχωριστό έντυπο).

**ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ – ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

*(Τα δικαιολογητικά κατατίθενται με την σειρά και επιβεβαιώνει ο αρμόδιος υπάλληλος)*

<b>ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ</b>	<b>ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ</b>	<b>ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ</b>
1. Φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας		
2. Πιστοποιητικό Υπηρεσιακών Μεταβολών ή Δ.Α.Υ.Κ.Υ. (Δελτίο Ατομικής & Υπηρεσιακής Κατάστασης του Υπαλλήλου)		
3. Τελευταίο εκκαθαριστικό σημείωμα ΔΟΥ		
4. Συνταξιοδοτική Απόφαση Κυρίου Φορέα Ασφάλισης (όταν εκδοθεί)		
5. Φωτοτυπία σελίδας βιβλιαρίου τράπεζας με τον αριθμό λογαριασμού και το IBAN.		
6. Ληξιαρχική πράξη γέννησης παιδιού (για μητέρες ανηλίκων τέκνων) ή Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης (αν δεν προσκομιστεί θα ακολουθηθούν οι προβλεπόμενες διαδικασίες περί αναζήτησης δικαιολογητικών, ο αιτών θα πρέπει να δηλώσει σε ποιό δήμο υπάρχει οικογενειακή μερίδα και το ληξιαρχείο στο οποίο δηλώθηκε ο γάμος και η γέννηση)		
7. Το/α σχετικό/α δικαιολογητικό/α για την αναγνώριση χρόνων (εφόσον απαντήθηκε θετικά η ερώτηση 9β)		
8. Πιστοποιητικό Στρατολογικής Κατάστασης (αν δεν προσκομιστεί θα ακολουθηθούν οι προβλεπόμενες διαδικασίες περί αναζήτησης δικαιολογητικών), ο αιτών θα πρέπει να δηλώσει σε ποιό Στρατολογικό Γραφείο ανήκει και τον ΑΣΜ (Αριθμός Στρατιωτικού Μητρώου)		
9. Αίτηση ή αριθμός Πρωτοκόλλου αιτήσεως περί αναγνώρισης και εξαγοράς προϋπηρεσίας ή βεβαίωση από την Υπηρεσία σας για εξαγορά προϋπηρεσίας		
10. Βεβαίωση έναρξης, λήξης και μηνιαίας κράτησης δανείου ή βεβαίωση τελευταίας κράτησης δανείου (εφόσον έχετε λάβει δάνειο)		
11. Αναλυτική βεβαίωση αποδοχών του τελευταίου μήνα εργασίας σας (που να αναφέρεται το ακριβές χρονικό διάστημα που έγιναν κρατήσεις υπέρ του τ. ΤΕΑΔΥ)		
12. Μόνο για τους εφημέριους: Υπεύθυνη Δήλωση Ν. 1599/86 ότι δεν έχετε/είχατε την ιδιότητα του εκπαιδευτικού		

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Παρακαλείσθε να προσκομίζετε τις αποφάσεις του οργανισμού Κύριας Ασφάλισης κάθε φορά που μεταβάλλονται οι προϋποθέσεις συνταξιοδότησης.

**ΕΛΑΒΑ ΓΝΩΣΗ ΟΣΩΝ ΑΝΑΦΕΡΟΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ, ΤΗΝ ΟΠΟΙΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΑ ΜΕ ΠΛΗΡΗ ΕΥΘΥΝΗ ΜΟΥ ΚΑΙ ΕΝ ΓΝΩΣΕΙ ΤΩΝ ΣΥΝΕΠΕΙΩΝ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΓΙΑ ΔΗΛΩΣΗ ΨΕΥΔΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ.**

**Ο/Η ΑΙΤ..... - Ο/Η ΔΗΛ....**

.....201..

(Υπογραφή)