### Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ1

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 εφάπαξ λόγω ΓΗΡΑΤΟΣ ή οριστικής Αναπηρίας»**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ΠΡΟΣ:** | **e-ΕΦΚΑ** | **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(2) που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ.6 του άρθρου 22 του Ν1599/86 δηλώνω ότι: |  |
| 1. Ανήκω στο τέως Ταμείο Πρόνοιας: **(σημειώνετε με Χ):**
 | **□ΤΠΔΥ □ΤΑΠΙΤ □ΤΑΥΤΕΚΩ****□ΕΤΑΠ-ΜΜΕ □ΕΤΑΑ****ΤΟΜΕΑΣ: …………………………………….****□ΕΙΔ. ΛΟΓ/ΜΟΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΙΚΑ-ΕΤΑΜ****□ΑΛΛΟ(διευκρινίστε): …………...........................................** |  |
| 1. Αριθμός Μητρώου τέως Ταμείου Πρόνοιας:
 | **………………………………….** |  |
| 1. Διέκοψα την εργασία μου:
 | **……………/…………/………….** |  |
| 1. Φορέα Επικουρικής Ασφάλισης είχα:
 | **□ΤΕΑΔΥ, □ΤΕΑΥΑΠ, □ΤΕΑΕΧ, □ΤΕΑΥΠΣ □ΤΕΑΠΑΣΑ, □ΤΑΔΚΥ, □ΤΕΑΠΟΚΑ, □ΤΕΑΥΕΚ, □ΤΕΑΜ-ΝΠΔΔ, □ΤΕΑΗΕ, □ΤΕΑΠΑΕ, □ΤΕΑΠ-ΕΥΔΑΠ, □ΤΕΑΠΕΤ, □ΤΑΠΕΑΠΙ, □ΤΑΠΓΤΕ, □ΤΕΑΠΕΤΕ, □ΤΕΑΜ-ΝΠΔΔ, □ΕΛΕΜ-ΕΤΑΤ, □ΤΑΠΤΠ-ΕΤΑΤ, □ΤΕΑΙΣΥΤ/ΕΤΑΠ-ΜΜΕ, □ΤΕΑΤΤΑΘ/ΕΤΑΠ-ΜΜΕ □ΤΕΑΠ-ΟΤΕ,** **□ΤΕΑΠ-ΕΛΤΑ, □ΤΕΑΠ-ΕΤΒΑ,** **□ΤΕΑΠ-ΔΕΗ, □ΤΕΑΠ-ΕΡΤΤ, □ΤΕΑΑ, □ΤΕΑΠΥΚ, □ΟΑΕΕ, □ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ, □ΤΑΣ, □ΤΕΑΔ, □ΤΕΑΕΙΓΕ, □ΤΕΑΠΟΖΟ, □ΤΕΑΧ, □ΤΕΑΥΝΤΠ,****□ΑΛΛΟ*(διευκρινίστε)*:** ………………………………… |  |
| 1. Ενημερώθηκα για τα δικαιολογητικά είναι απαραίτητα για τη διεκπεραίωση αυτής της αίτησης και για τα ελλείποντα, τα οποία σημειώνονται στον σχετικό πίνακα *(ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ)* και αναλαμβάνω να τα προσκομίσω το συντομότερο δυνατό.
 |  |
| 1. Η χρονολογία πρώτης ασφάλισής μου είναι: **□ Πριν την 31/12/1992, □ Μετά την 01/01/1993**

*(συντάξιμη)* |  |
| 1. Έχετε χρόνο ασφάλισης σε άλλο Τομέα Πρόνοιας; **□ ΝΑΙ, □ ΟΧΙ** Αν ΝΑΙ σημειώστε τον/τους Τομέα/είς:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Τέως Τομέας/Ταμείο** | **□ΤΠΔΥ** **□ΤΑΠΙΤ** **□ΤΑΥΤΕΚΩ** **□ΕΤΑΠ-ΜΜΕ** **□ΕΤΑΑ****ΤΟΜΕΑΣ: ……………………****□ ΕΙΔ. ΛΟΓ/ΜΟΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΙΚΑ-ΕΤΑΜ****□ ΑΛΛΟ (διευκρινίστε): …………......................................** | **□ΤΠΔΥ** **□ΤΑΠΙΤ** **□ΤΑΥΤΕΚΩ****□ΕΤΑΠ-ΜΜΕ** **□ΕΤΑΑ****ΤΟΜΕΑΣ: ……………………****□ ΕΙΔ. ΛΟΓ/ΜΟΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΙΚΑ-ΕΤΑΜ****□ ΑΛΛΟ (διευκρινίστε): ………….....................................** |
| Εκκρεμεί υποβληθείσα αίτηση επιστροφής εισφορών ή λήψη εφάπαξ από τον ανωτέρω Τομέα; | **□ ΝΑΙ, □ ΟΧΙ** | **□ ΝΑΙ, □ ΟΧΙ** |
| Έχετε λάβει επιστροφή εισφορών ή εφάπαξ από τον ανωτέρω Τομέα; | **□ ΝΑΙ, □ ΟΧΙ** | **□ ΝΑΙ, □ ΟΧΙ** |

 |  |
| 1. Θα προσκομίσω όλα τα επιπρόσθετα δικαιολογητικά τα οποία απαιτηθούν κατά την εξέταση της αίτησης μου.
 |  |
| 1. Χρονικά διαστήματα / Σχέση εργασίας:

Από ………………………………. Έως ……………………….. □Μόνιμος, □ΙΔΑΧ, □ΙΔΟΧΑπό ………………………………. Έως ……………………….. □Μόνιμος, □ΙΔΑΧ, □ΙΔΟΧΑπό ………………………………. Έως ……………………….. □Μόνιμος, □ΙΔΑΧ, □ΙΔΟΧ |  |
| 1. ..
 |  |

|  |
| --- |
| **ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ – ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ****(Τα δικαιολογητικά κατατίθενται με την σειρά και επιβεβαιώνει ο αρμόδιος υπάλληλος)** |
| **ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ** | **ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ** | **ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ** |
| 1. Φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας, ή φωτοαντίγραφο διαβατηρίου για Έλληνες της αλλοδαπής και αλλοδαπούς.  |  |  |
|  Άδεια Παραμονής (Για τους αλλοδαπούς υπηκόους τρίτων χωρών, η οποία να είναι σε ισχύ την ημερομηνία κατάθεσης της αίτησης) ή βεβαίωση κατάθεσης δικαιολογητικών για έκδοση άδειας παραμονής. |  |  |
| 2. Συνταξιοδοτική Απόφαση Κυρίου Φορέα Ασφάλισης (ΟΡΙΣΤΙΚΗ) |  |  |
| 3.Φωτοτυπία πρώτης σελίδας βιβλιαρίου τράπεζας με τον αριθμό λογαριασμού, το ΙΒΑΝ και το όνομα του Δικαιούχου Σημείωση**: Ο λογαριασμός να είναι ΕΝΕΡΓΟΣ.** |  |  |
| 4. Φωτοτυπία της πρώτης σελίδας της φορολογικής δήλωσης (ή το εκκαθαριστικό) *[ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΤΟ ΤΕΩΣ ΤΑΠΕΜ]* |  |  |
| 5. Πινακίδα Ανακεφαλαίωσης Ημερών Εργασίας (ΠΑΗΕ) *[ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΤΟ ΤΕΩΣ ΤΑΠΕΜ]* |  |  |
| 6. Δελτία ημερών εργασίας ή Εκθέσεις Ελέγχου που αφορούν στην ασφάλιση του τ. ΕΤΕΜ *[ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΤΟ ΤΕΩΣ ΤΑΠΕΜ]* |  |  |
| 7. Φωτοτυπίες ενσήμων ΙΚΑ ή βιβλιαρίων ΤΑΠΕΜ για το διάστημα από 1/3/99 έως τη διακοπή της εργασίας *[ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΤΟ ΤΕΩΣ ΤΑΠΕΜ]* |  |  |
| 8. Βεβαίωση εργοδότη (ιδιωτικού τομέα) για το χρονικό διάστημα απασχόλησης από 1/3/99 και την ειδικότητά του ή Υπεύθυνη Δήλωση του ασφαλισμένου με τα στοιχεία της επιχείρησης, χρόνο ασφάλισης και ειδικότητα *[ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΤΟ ΤΕΩΣ ΤΑΠΕΜ]* |  |  |
| 9. Βεβαίωση εργοδότη (δημοσίου τομέα) για (α) το χρονικό διάστημα απασχόλησης, (β) την καταβολή εισφορών μέσω της Ενιαίας Αρχής Πληρωμών και την ειδικότητά του *[ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΤΟ ΤΕΩΣ ΤΑΠΕΜ]* |  |  |

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

**O/H ΑΙΤ….. - Ο/Η ΔΗΛ....**

…….……………..202..

*(Υπογραφή)*