

ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ

Σχέδιο Αποκατάστασης Προπολεμικής Φερεγγυότητας Ιδιοκτητών
Κατεχόμενης ή Απροσπέλαστης Ακίνητης Ιδιοκτησίας

ΑΙΤΗΣΗ ΔΑΝΕΙΟΥ
ΓΙΑ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

ΚΕΝΤΡΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ ΎΣΟΤΙΜΗΣ ΚΑΤΑΝΟΜΗΣ ΒΑΡΩΝ

Λεωφ. Στροβόλου 254, 2048 Στρόβολος
ή
Τ.Θ. 23276, 1680 Λευκωσία
Τηλ.: 22468350, Φαξ: 22322429
<http://www.kentrikosforeas.org.cy>
e-mail: information@kentrikosforeas.org.cy

ΑΙΤΗΣΗ ΔΑΝΕΙΟΥ ΓΙΑ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Για επίσημη χρήση

Αύξων Αριθμός Αίτησης

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΑΙΤΗΤΗ

(το πρόσωπο που θα αξιοποιήσει το αιτούμενο δάνειο)

1.1 Ονοματεπώνυμο αιτητή:
(ΚΕΦΑΛΑΙΑ) ΕΠΙΘΕΤΟ ΟΝΟΜΑ

Διεύθυνση: Ταχ. Κώδ. και Πόλη/Χωριό:

Οδός

Αριθμός

Επαρχία: Τηλ.: Κιν. Τηλ.: Φαξ:

Ημερομηνία γεννήσεως:

Μέρα	Μήνας	Χρόνος

Αρ. Πολιτ. Ταυτότητας ⁽²⁾:

--	--	--	--	--	--	--	--

Αρ. Προσφυγ. Ταυτότητας ⁽¹⁾:

--	--	--	--	--	--	--	--

Αρ. Κοιν. Ασφαλίσεων:

--	--	--	--	--	--	--	--

Υπηκοότητα:

Μόνιμος κάτοικος Κύπρου: Ναι Όχι

Οικογενειακή κατάσταση: Άγαμος/η Έγγαμος/η Χήρος/α Διαζευγμένος/η Σε διάσταση

1.2 Στοιχεία του/της συζύγου του αιτητή:

Ονοματεπώνυμο:
(ΚΕΦΑΛΑΙΑ) ΕΠΙΘΕΤΟ ΟΝΟΜΑ

Ημερομηνία γεννήσεως:

Μέρα	Μήνας	Χρόνος

Αρ. Πολιτ. Ταυτότητας ⁽²⁾:

--	--	--	--	--	--	--	--

Αρ. Προσφυγ. Ταυτότητας ⁽¹⁾:

--	--	--	--	--	--	--	--

Αρ. Κοιν. Ασφαλίσεων:

--	--	--	--	--	--	--	--

Υπηκοότητα:

1.3 Εξαρτώμενα τέκνα (όνομα, ηλικία και επάγγελμα):
.....

1.4 Τόπος διαμονής πριν από την εισβολή:

Πόλη/Χωριό: Επαρχία:

1.5 Επαγγελματικά στοιχεία του αιτητή:

(α) Επάγγελμα και θέση:

(β) Αυτοεργοδοτούμενος/η: Ναι Όχι

(γ) Όνομα και διεύθυνση εργασίας:

Όνομα:

Διεύθυνση: Ταχ. Κώδ. και Πόλη/Χωριό:

Οδός

Αριθμός

Επαρχία: Τηλ.: Φαξ:

1.6 Επαγγελματικά στοιχεία του/της συζύγου του αιτητή:

(α) Επάγγελμα και θέση:

(β) Αυτοεργοδοτούμενος/η: Ναι Όχι

(γ) Όνομα και διεύθυνση εργασίας:

Όνομα:

Διεύθυνση: Ταχ. Κώδ. και Πόλη/Χωριό:

Οδός

Αριθμός

Επαρχία: Τηλ.: Φαξ:

Σημ.: (1) Επισυνάψτε αντίγραφο προσφυγικής ταυτότητας.

(2) Επισυνάψτε αντίγραφα πολιτικής ταυτότητας αιτητή και συζύγου.

1.7 Ετήσιο ακαθάριστο οικογενειακό εισόδημα ⁽¹⁾:

- (α) Από εργασία του αιτητή: €
- (β) Από εργασία της/του συζύγου του αιτητή: €
- (γ) Από άλλες πηγές: €

1.8 Περιουσιακά στοιχεία του αιτητή και της/του συζύγου του στις ελεύθερες περιοχές της Δημοκρατίας:

	<u>Αριθμός</u>	<u>Αξία</u>		<u>Αριθμός</u>	<u>Αξία</u>
(α) Κατοικίες	€	(δ) Άλλα κτίρια	€
(β) Διαμερίσματα	€	(ε) Οικόπεδα	€
(γ) Καταστήματα	€	(στ) Χωράφια	€
			Σύνολο:		€

1.9 Δάνεια του αιτητή και της/του συζύγου του από Τράπεζες/Συνεργατικά Ιδρύματα/Τρίτους ⁽²⁾:

A/A	Όνομα Τράπεζας, Συνεργατικού, κλπ.	Σκοπός δανείου	Ημερομηνία Δανείου	Αρχικό Ποσό Δανείου (€)	Υπόλοιπο Δανείου (€)	Μηνιαία Δόση (€)
1
2
3
4
5

1.10 Δηλώστε αν έχετε υποβάλει άλλες αιτήσεις στον Κεντρικό Φορέα για οποιονδήποτε σκοπό:

Ναι Όχι Αν η απάντηση είναι Ναι, δηλώστε τον αριθμό φακέλου της κάθε αίτησης:

Σημ.: (1) Επισυνάψτε αντίγραφα:

- Για μισθωτούς: Το μηνιαίο Πιστοποιητικό απολαβών σας από τον εργοδότη σας.
- Για αυτοεργοδοτούμενους: Την τελευταία Δήλωση Εισοδήματός σας στο Γραφείο Φόρου Εισοδήματος ή ΒΕΒΑΙΩΣΗ από το Γραφείο Φόρου Εισοδήματος για το εισόδημα που δηλώσατε.
- Για συνταξιούχους: Αντίγραφο επιταγής της μηνιαίας σύνταξης/συντάξεων ή βεβαίωση από το σχετικό Ταμείο Σύνταξης (Κοινωνικών Ασφαλίσεων, κυβερνητικό κλπ.) για τις συντάξεις σας.
- Από άλλες πηγές: Αποδείξεις εισοδημάτων (ενοίκια, μερίσματα κλπ.).

(2) Επισυνάψτε πιστοποιητικά/βεβαιώσεις από τράπεζες, συνεργατικά κλπ. που να αναφέρουν το σκοπό και την ημερομηνία σύναψης των δανείων, το αρχικό ποσό, το υπόλοιπο και τη μηνιαία δόση αποπληρωμής τους.

2. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΟΥΣ ΤΡΟΠΟΥΣ ΚΑΛΥΨΗΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΑΣ ΚΑΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΑΣ

2.1 Δηλώστε αν είστε:

(α) Δικαιούχος κρατικής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης: Ναι Όχι

(β) Μέλος Ταμείου/Σχεδίου ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης: Ναι Όχι

Όνομασία Ταμείου/Σχεδίου:

2.2 Δηλώστε αν έχετε αποταθεί στο κυβερνητικό Σχέδιο Αποστολής Ασθενών στο Εξωτερικό: Ναι Όχι

3. ΣΚΟΠΟΣ ΤΟΥ ΑΙΤΟΥΜΕΝΟΥ ΔΑΝΕΙΟΥ

3.1 Αιτούμενο ποσό δανείου: €

3.2 Περιγράψτε σε συντομία το σκοπό του αιτούμενου δανείου:

.....

.....

.....

.....

.....

3.3 Όνομασία, διεύθυνση και χώρα του ιατρικού ιδρύματος το οποίο θα αναλάβει την ιατροφαρμακευτική περίθαλψή σας:

.....

.....

3.4 Επισυνάψτε πιστοποίηση του θεράποντος γιατρού σας που να αναφέρει το είδος της ασθένειας που αντιμετωπίζετε, σύντομη ανάλυση του είδους της θεραπείας που θα τύχετε και εκτίμηση της ολικής δαπάνης θεραπείας.

3.5 Δηλώστε κόστος θεραπείας και πηγές χρηματοδότησής του:

(α) Δάνειο από Κεντρικό Φορέα ⁽¹⁾: € (γ) Δικά σας κεφάλαια: €

(β) Κρατική κάλυψη: € (δ) Δάνεια από άλλες πηγές: €

Σημ.: (1) Σε περίπτωση έγκρισής σας, θα ζητηθούν τιμολόγια ή/και αποδείξεις πληρωμής για τα κόστη θεραπείας κατά ή και μετά την έκδοση του δανείου.

4. ΚΑΤΕΧΟΜΕΝΗ/ΑΠΡΟΣΠΕΛΑΣΤΗ ΑΚΙΝΗΤΗ ΠΕΡΙΟΥΣΙΑ

Δώστε τις πιο κάτω πληροφορίες στο 4.1 και 4.2 για τους ιδιοκτήτες της ακίνητης περιουσίας μόνο στην περίπτωση που αυτοί είναι διαφορετικά πρόσωπα από τον αιτητή.

4.1 Στοιχεία ιδιοκτήτη/ιδιοκτητών:

<u>1ος</u>	<u>2ος</u>
(α) Ονοματεπώνυμο:
Διεύθυνση οικίας:
.....
Τηλέφωνα οικίας, εργασίας και κινητό:
.....
Αρ. Ταυτότητας ⁽¹⁾ :
Αρ. Προσφυγ. Ταυτότητας:
Συγγένεια ιδιοκτήτη με τον αιτητή:
(β) Να συμπληρωθεί στην περίπτωση που ο ιδιοκτήτης είναι νομικό πρόσωπο. Ονομασία επιχείρησης:
Αρ. Εγγραφής Μητρώου Εφόρου Εταιρειών:

4.2 Δηλώστε αν με κατεχόμενη περιουσία των ιδιοκτητών, έχουν υποβληθεί άλλες αιτήσεις στον Κεντρικό Φορέα

για οποιονδήποτε σκοπό: Ναι Όχι Αν η απάντηση είναι Ναι, δηλώστε τον αριθμό φακέλου της κάθε αίτησης:

Σημ.: (1) Επισυνάψτε αντίγραφο πολιτικής ταυτότητας του ιδιοκτήτη κατεχόμενης περιουσίας.

4.3 Δηλώστε την κατεχόμενη ή απροσπέλαστη ακίνητη ιδιοκτησία που προσφέρετε για σκοπούς της αίτησης και επισυνάψτε ευανάγνωστα αντίγραφα των σχετικών Πιστοποιητικών Εγγραφής ή/και Βεβαιώσεων του Κτηματολογίου ⁽¹⁾:

ΔΙΦ/

Αύξ. Αρ.	Επώνυμο και Όνομα Ιδιοκτήτη	Αριθμός Ταυτότητας	Αρ. Εγγραφής ή Διακρ. Αριθμός Βεβαίωσης Ακινήτου	Επαρχία	Πόλη/Χωριό	Φύλλο/Σχέδιο/Τμήμα	Τεμάχιο
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							

Φ

Υπογραφές ιδιοκτητών: (α) (β)

Εξουσιοδότηση

Με την παρούσα δήλωση, εξουσιοδοτώ/ούμε τον Επαρχιακό Κτηματολογικό Λειτουργό Κερύνειας να κρίνει και αποφασίσει ο ίδιος, ποια κατεχόμενα τεμάχια θα εκτιμηθούν, έτσι ώστε η εκτιμημένη αξία τους να ικανοποιεί το δικαιούμενο ποσό δανείου του σκοπού για τον οποίο υποβάλλεται η αίτηση, λαμβάνοντας υπόψη και τυχόν προηγούμενα δάνεια, που εγκρίθηκαν από τον Κεντρικό Φορέα.

(α) Όνομα ιδιοκτήτη κατεχόμενης περιουσίας: Υπογραφή:

(β) Όνομα ιδιοκτήτη κατεχόμενης περιουσίας: Υπογραφή:

Σημ.: (1) Σε περίπτωση που στα Πιστοποιητικά Εγγραφής και στις Βεβαιώσεις Ακίνητης Ιδιοκτησίας αναφέρονται κτίρια ή περβόλια τα οποία δεν περιγράφονται, θα πρέπει επιπρόσθετα, να επισυνάψετε Ένορκη Δήλωση που να περιέχει λεπτομερή περιγραφή τους. Έντυπα Ένορκων Δηλώσεων είναι διαθέσιμα στα Γραφεία και στην ιστοσελίδα του Κεντρικού Φορέα και στα Γραφεία των Επαρχιακών Διοικήσεων.

Κεντρικός Φορέας Ισότητας Κατανομής Βαρών

ΔΗΛΩΣΗ ΑΙΤΗΤΗ

Δηλώνω ότι:

- (α) Οι πληροφορίες που δίνω σ' αυτή την αίτηση προς τον Κεντρικό Φορέα είναι ακριβείς και αληθείς και αναγνωρίζω ότι αναληθείς δηλώσεις συνιστούν ποινικό αδίκημα.
- (β) Αποδέχομαι ότι αναληθής δήλωσή μου μπορεί να συνεπάγεται την απόρριψη της αίτησής μου και αφαίρεση του δικαιώματος υποβολής οποιασδήποτε νέας αίτησης μέσω του Σχεδίου αυτού.
- (γ) Αναλαμβάνω να δώσω οποιαδήποτε πληροφορία ή επεξήγηση μου ζητηθεί.
- (δ) Σε περίπτωση που ο Κεντρικός Φορέας μου παραχωρήσει δάνειο, αν οποιαδήποτε από τις πληροφορίες που έδωσα σ' αυτή την αίτηση αποδειχθεί ανακριβής, αναγνωρίζω και αποδέχομαι ότι ο Κεντρικός Φορέας έχει το δικαίωμα να μου ζητήσει την άμεση αποπληρωμή του δανείου και να λάβει οποιαδήποτε ενδεικνύμενα και νόμιμα μέτρα.

Υπογραφή Αιτητή:

Υπογραφές Γονέων Αιτητή:
(αν ο αιτητής είναι ανήλικος
ή εξαρτώμενος τους)

Ημερομηνία:

Ο ΠΕΡΙ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ
(ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ) ΝΟΜΟΣ ΤΟΥ 2001

Ρητή συγκατάθεση και δήλωση αναγνώρισης ενημέρωσης από αιτητή σχετικά με τη συλλογή και επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα

Συγκατατίθεμαι και εξουσιοδοτώ τον Κεντρικό Φορέα Ισότιμης Κατανομής Βαρών να τηρεί ένα ή περισσότερα αρχεία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα για σκοπούς εξέτασης οποιασδήποτε αίτησής μου σύμφωνα με τον Περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμο του 2001.

Αναγνωρίζω ότι τα αρχεία μπορεί να ανακοινωθούν/μεταδοθούν στην Αναθεωρητική Αρχή του Κεντρικού Φορέα, Μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου του Κεντρικού Φορέα, Ξένες Αρχές/Οργανισμούς του εξωτερικού και εσωτερικού, Υπουργεία/Υπηρεσίες της Δημοκρατίας, συνεργάτες του Κεντρικού Φορέα όπως Οργανισμός Χρηματοδοτήσεως Στέγης, Συνεργατική Κεντρική Τράπεζα και Συνεργατική Οικοδομική Εταιρεία Δημοσίων Υπαλλήλων Κύπρου.

Γνωρίζω ότι έχω δικαίωμα πρόσβασης και δικαίωμα διόρθωσης των προσωπικών μου δεδομένων και μπορώ να απευθυνθώ εγγράφως στον Κεντρικό Φορέα Ισότιμης Κατανομής Βαρών για το αίτημά μου αυτό. Το δικαίωμά μου αυτό ασκείται με την καταβολή του ποσού των €17,09 το οποίο θα μου επιστραφεί αν το αίτημά μου γίνει αποδεκτό. Γνωρίζω επίσης ότι τα πιο πάνω δικαιώματα αναφέρονται ρητά στα άρθρα 12, 13 και 14 του προαναφερόμενου νόμου.

Με εκτίμηση,

.....
(ονοματεπώνυμο αιτητή)

.....
(υπογραφή)

Υπογραφές γονέων του αιτητή ⁽¹⁾:

.....
(ονοματεπώνυμο πατέρα)

.....
(υπογραφή)

.....
(ονοματεπώνυμο μητέρας)

.....
(υπογραφή)

Ημερομηνία:

Σημ.: (1) Οι υπογραφές των γονέων του αιτητή χρειάζονται μόνο αν αυτός είναι ανήλικος ή εξαρτώμενός τους.

ΓΙΑ ΕΠΙΣΗΜΗ ΧΡΗΣΗ

Η αίτηση παραλήφθηκε από τον/την: Ημερ.: