



ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΑΠΟΝΟΜΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΛΟΓΩ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Η αίτηση θεωρείται υπεύθυνη δήλωση (Ν.1599/1986, αρ.8, παρ.4)

Συμπληρώστε τον τελευταίο φορέα ασφάλισής σας

1. ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ					
1.1 ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ/-Η					
Α.Μ.Κ.Α.		Α.Φ.Μ.		Δ.Ο.Υ.	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ
Αριθμός Μητρώου Φορέα που εντάχθηκε στον ΕΦΚΑ		ΜΕΘ (ΝΑΤ)	ΑΜΗΝΑ(ΝΑΤ)	Στοιχεία Ασφάλισης Φορέων Εξωτερικού	
				Χώρα	Αριθμός(οί) Ασφάλισης
ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ	ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ	ΕΠΩΝΥΜΟ ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ	
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ	ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ/ ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ/ ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ		ΔΗΜΟΣ/ ΑΡ. ΔΗΜΟΤΟΛΟΓΙΟΥ	ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ (email)	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ					
(ΟΔΟΣ)	(ΑΡΙΘΜΟΣ)	(Τ.Κ.)	(ΠΟΛΗ)		
ΤΗΛΕΦΩΝΟ 1	ΤΗΛΕΦΩΝΟ 2	ΚΙΝΗΤΟ	FAX		
Είστε κάτοικος εξωτερικού;				ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ					
(ΟΔΟΣ)	(ΑΡΙΘΜΟΣ)	(Τ.Κ.)	(ΠΟΛΗ)	(ΧΩΡΑ)	
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ (email)	ΤΗΛΕΦΩΝΟ 1	ΚΙΝΗΤΟ	FAX		

1.2 ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ

Αν ορίσετε εκπρόσωπο για να παρακολουθεί την πορεία της υπόθεσής σας, συμπληρώστε τα επόμενα πεδία του πίνακα αυτού.

ΠΡΟΣΟΧΗ: Η μεσολάβηση προσώπων (πλην των δικηγόρων) που ενεργούν ως «μεσάζοντες» επ' αμοιβή διώκεται ποινικά, σύμφωνα με τη νομοθεσία.

ΑΜΚΑ				Α.Φ.Μ.				ΔΟΥ			
ΕΠΩΝΥΜΟ				ΟΝΟΜΑ				ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ			
ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ/ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ				ΕΚΔΟΥΣΑ ΑΡΧΗ							
ΤΗΛΕΦΩΝΟ 1			ΤΗΛΕΦΩΝΟ 2			ΚΙΝΗΤΟ			FAX		
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ											
(ΟΔΟΣ)		(ΑΡΙΘΜΟΣ)		(Τ.Κ.)		(ΠΟΛΗ)					

2. ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ & ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ/-ΗΣ

2.1 ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (Συμπληρώστε όλους τους φορείς ασφάλισής σας στην Ελλάδα και το εξωτερικό)

Σημείωση: Με την πληροφορία ότι, εφόσον είστε κάτοικος εξωτερικού, πρέπει να ενημερώσετε τον ασφαλιστικό σας Φορέα για την αίτηση συνταξιοδότησής σας, προκειμένου να ξεκινήσει η διαδικασία συλλογής του χρόνου ασφάλισής σας στο εξωτερικό (Αφορά ασφάλιση σε χώρες Ευρωπαϊκής Ένωσης & χώρες με τις οποίες η Ελλάδα έχει συνάψει Διμερή Σύμβαση)

ΧΩΡΑ	ΦΟΡΕΑΣ ΚΥΡΙΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ή ΔΗΜΟΣΙΟ	Αριθμός Μητρώου Φορέα	ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ (συνολικό κάθε φορέα)		ΧΡΟΝΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΕΑΝ ΕΠΙΘΥΜΕΙΤΕ ΣΥΝΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟ (επιλέξτε)	
			ΑΠΟ	ΕΩΣ			ΝΑΙ	ΟΧΙ
1. ΕΛΛΑΔΑ	π.χ. ΙΚΑ-ΕΤΑΜ							
2.								
3.								
4.								
5.								
ΣΥΝΟΛΟ								

ΑΣΦΑΛΙΣΗ NAT-ΜΗ ΜΗΧΑΝΟΓΡΑΦΗΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΝΑΥΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Οι παρακάτω υπηρεσίες μου είναι αληθινές και αποκτήθηκαν με ναυτολόγιο:

Όνομα πλοίου	ΑΠΟ	ΕΩΣ	ΩΣ (ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ)
Α.			
Β.			
Γ.			
Δ.			
Με ποια διάταξη επιθυμείτε να συνταξιοδοτηθείτε;			
1. ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ	<input type="checkbox"/>	2. ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΠΛΟΙΟ	<input type="checkbox"/>

ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΣΜΕΔΕ

Δεν παίρνω και ούτε πρόκειται να δικαιωθώ στο μέλλον σύνταξη από άλλο φορέα Κύριας Ασφάλισης ή το Δημόσιο και επιθυμώ τη χορήγηση πρόσθετης σύνταξης από τον ΕΛΠΠ.

Παρακαλούμε συμπληρώστε στον ακόλουθο πίνακα την περίοδο που εργαστήκατε ως ελεύθερος επαγγελματίας και ως μισθωτός με κράτηση εισφορών υπέρ ΤΣΜΕΔΕ. Για διαστήματα μισθωτής εργασίας απαιτείται η συμπλήρωση της επωνυμίας και της δ/σης του εργοδότη.

Επωνυμία Εργοδότη	Δ/ση Εργοδότη	ΑΠΟ	ΕΩΣ	Μισθωτός/ Αυτοαπασχολούμενος	
Α.					
Β.					
Γ.					
Δ.					
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΣΜΕΔΕ				ΝΑΙ	ΟΧΙ
Πολιτικός Μηχανικός					
Αρχιτέκτων					
Μηχανολόγος Μηχανικός					
Ηλεκτρολόγος Μηχανικός					
Τοπογράφος					
Ναυπηγός					
Χημικός Μηχανικός					
Μεταλλειολόγος					
Μεταλλουργός					
Πολ. Υπομ/κός					
Εργολάβος Δ.Ε					
ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΣΜΕΔΕ (Εργολήπτης δημοσίων έργων)					
Έχετε την ιδιότητα του Εργολήπτη δημοσίων έργων;				ΝΑΙ	ΟΧΙ
Εάν ΝΑΙ, συμπληρώστε τις εργολαβίες της τελευταίας πενταετίας και επισυνάψτε τα αντίστοιχα πρωτόκολλα περαίωσης.					
ΕΡΓΟΛΑΒΙΑ			Αρ. Πρωτοκόλλου		
Α.					
Β.					
Γ.					
Δ.					

ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΟΑΕΕ

Δηλώστε την ημερομηνία διακοπής του επαγγέλματός σας

Η επιχείρησή σας συνεχίζεται; (ΝΑΙ για συνεχίζεται, ΟΧΙ αν διαλύθηκε)

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Εάν συνεχίζεται, από ποιον; (συμπληρώστε τον ΑΜΚΑ)

ΑΜΚΑ

Έχετε ατομική επιχείρηση ή μετέχετε ως μέλος εταιρείας οιασδήποτε νομικής μορφής;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ, συμπληρώστε το/τα ΑΦΜ των εταιρειών

ΑΦΜ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ

Α.

Β.

Γ.

ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΝΠΔΔ		
Συμπληρώστε το Νομικό Πρόσωπο στο οποίο εργαζόσασταν:		
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Ο συντάξιμος χρόνος που θα υπολογισθεί για τη σύνταξή σας, έχει χρησιμεύσει ή θα χρησιμεύσει για να πάρετε σύνταξη από άλλο φορέα κύριας ασφάλισης;		
Εάν ΝΑΙ, συμπληρώστε τον Φορέα		
Πήρατε αποζημίωση ή χρηματική αμοιβή με βάση το χρόνο που θα συνταξιοδοτηθείτε;		
Έχετε δικαίωμα να πάρετε τέτοια αποζημίωση;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Εάν ΝΑΙ, συμπληρώστε τον Φορέα		
Κατέχετε θέση στο Δημόσιο ή στον ευρύτερο Δημόσιο τομέα ή στον Ιδιωτικό τομέα;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Εάν ΝΑΙ, συμπληρώστε τον Φορέα		
Έχετε πραγματοποιήσει συντάξιμο χρόνο σε άλλο κράτος μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Εάν ΝΑΙ, δηλώστε τον Φορέα τη χρονική περίοδο, τον εργοδότη και τον τομέα ασφάλισης		
	ΦΟΡΕΑΣ	ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ
	ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ	ΤΟΜΕΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
Δηλώστε με ποιες διατάξεις επιθυμείτε να συνταξιοδοτηθείτε:		
α. με τον Ν. 3163/1955 (συνταξιοδότηση υπαλλήλου) κ' Ν.Δ.4277/1962, όπως ισχύουν		<input type="checkbox"/>
β. με τον Α.Ν 1846/1951 (συνταξιοδότηση κοινών ασφαλισμένων του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ) όπως ισχύει;		<input type="checkbox"/>

ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΕΤΑΠ-ΜΜΕ		
Για τον υπολογισμό της σύνταξής μου επιθυμώ να ληφθεί υπόψη η εξής διατία	ΑΠΟ	ΕΩΣ

ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ		
2.1.1 Εξακολουθείτε να εργάζεστε;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Στην Ελλάδα;		
Εάν ΟΧΙ, πότε διακόψατε την εργασία σας; (σημειώστε την ημερομηνία διακοπής της εργασίας σας)	/	/
Στο εξωτερικό;		
Εάν ΟΧΙ, πότε διακόψατε την εργασία σας; (σημειώστε την ημερομηνία διακοπής της εργασίας σας)	/	/
2.1.2.ι (*) Έχετε υποβάλει δήλωση παύσης επαγ/τος στη Δ/νση Τεχνικών Έργων της οικείας περιφέρειας ; Συμπληρώστε τους αριθμούς πρωτοκόλλου των αιτήσεων	ΝΑΙ	ΟΧΙ
2.1.2.ii (*) Έχετε υποβάλει δήλωση παύσης επαγγέλματος στο ΤΕΕ (για τους μηχανικούς) ή στην ΕΕΤΕΜ (για τους υπομηχανικούς) ή στην Εργοληπτική οργάνωση (για τους ΕΔΕ); Συμπληρώστε τους αριθμούς πρωτοκόλλου των αιτήσεων	ΝΑΙ	ΟΧΙ
(*) Αφορά μόνο ασφαλισμένους στο τ.ΕΤΑΑ (ΤΣΜΕΔΕ)		

2.1.3 Έχετε υποβάλει αίτηση για τον προσδιορισμό του χρόνου ασφάλισης (προσυνταξιοδοτική βεβαίωση) σε Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης που εντάχθηκε στον ΕΦΚΑ; Εάν ΝΑΙ συμπληρώστε τον Φορέα.	ΝΑΙ	ΟΧΙ
2.1.4 Έχει εκδοθεί προσυνταξιοδοτική βεβαίωση του χρόνου ασφάλισης; Εάν ΝΑΙ συμπληρώστε τον Φορέα.	ΝΑΙ	ΟΧΙ
2.1.5. (*) Απουσιάσατε από τον τόπο των επαγγελματικών σας ασχολιών ; Εάν ΝΑΙ, από πότε μέχρι πότε, που κατοικούσατε και για ποιο λόγο απουσιάσατε;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
(*) Αφορά μόνο ασφαλισμένους στον τ.ΟΓΑ		
2.1.6 (*) Είχατε ασφαλιστεί στον Κλάδο Πρόσθετης Ασφάλισης Αγροτών του ΟΓΑ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Εάν ΝΑΙ, επιθυμείτε να συνυπολογιστεί ο χρόνος ασφάλισης – καταβολής εισφορών για τη συνταξιοδότησή σας από τον Κλάδο Κύριας Ασφάλισης Αγροτών του ΟΓΑ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
(*) Αφορά μόνο ασφαλισμένους στον τ.ΟΓΑ		

3. ΣΥΝΤΑΞΕΙΣ										
3.1 Εφόσον είστε συνταξιούχος Ασφαλιστικού Φορέα Ελλάδας ή του Εξωτερικού, ή εκκρεμεί η συνταξιοδότησή σας, συμπληρώστε τον ακόλουθο πίνακα:										
ΧΩΡΑ	ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ ή ΔΗΜΟΣΙΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΦΟΡΕΑ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ				ΕΧΕΙ ΕΚΔΟΘΕΙ ΑΠΟΦΑΣΗ;		ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ/ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	
			ΓΗΡΑΤΟΣ	ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ	ΘΑΝΑΤΟΥ	ΆΛΛΗ ΑΙΤΙΑ	ΝΑΙ	ΟΧΙ		
									/	
									/	
									/	
3.2 Αν:								Ασφαλιστικός Φορέας ή το Δημόσιο		
α) είχατε υποβάλει αίτηση για συνταξιοδότηση σε φορέα που εντάχθηκε στον ΕΦΚΑ ή στο Δημόσιο, η οποία απορρίφθηκε, συμπληρώστε τον φορέα										
β) λάβατε στο παρελθόν σύνταξη, η οποία διακόπηκε, γράψτε παραπλεύρως τον αρμόδιο ασφαλιστικό φορέα ή το Δημόσιο και για το ΙΚΑ ΕΤΑΜ συμπληρώστε το αρμόδιο Υποκατάστημα								Ασφ/κός Φορέας ή το Δημόσιο	Υποκ /μα ΙΚΑ-ΕΤΑΜ	
3.3 Δικαιούσθε κύρια σύνταξη από άλλο ασφαλιστικό φορέα ή από το Δημόσιο; Εάν ΝΑΙ, συμπληρώστε τον φορέα								ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΦΚΑ										
Α.										
Β.										
Γ.										
3.4 Επιλέξτε τον φορέα στον οποίο έχετε ασφαλιστεί για τον κλάδο ασθένειας						ΦΟΡΕΑΣ		ΧΩΡΑ		
(Σημ. : Για ασφαλισμένους σε χώρες Ε.Ε. δεν προβλέπεται η επιλογή από τον ασφαλισμένο. Για τους ασφαλισμένους των Διμερών Συμβάσεων η κράτηση είναι υποχρεωτική)										

4. ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

4.1 Σύμφωνα με τις διατάξεις άρθρου 29 του Ν. 4387/2016 χορηγείται προσωρινή σύνταξη μέχρι την έκδοση οριστικής απόφασης συνταξιοδότησης. Εάν έχετε τις νόμιμες προϋποθέσεις χορήγησής της από τον ΕΦΚΑ, συμπληρώστε τη σχετική Υπεύθυνη Δήλωση

Εάν ΔΕΝ επιθυμείτε τη χορήγηση ΠΡΟΣΩΡΙΝΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ, δηλώστε ΟΧΙ.

4.2 Έχετε οφειλή από ασφαλιστικές εισφορές;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Εάν ΝΑΙ, δηλώστε τον Φορέα και το ποσό οφειλής	Φορέας	
	<input type="text"/>	
	Ποσό οφειλής	
		<input type="text"/>

4.3 Έχετε οφειλή από οποιαδήποτε άλλη αιτία; (π.χ. εγγυητικές επιστολές)	ΝΑΙ	ΟΧΙ
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.4 Εάν η αναπηρία σας οφείλεται σε ατύχημα/βίαιο συμβάν, έχετε υποβάλει δήλωση ατυχήματος;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Εάν ΝΑΙ, συμπληρώστε τον Φορέα και για το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ το Υποκατάστημα όπου υποβλήθηκε η δήλωση:	Φορέας	Υποκ/μα ΙΚΑ-ΕΤΑΜ
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4.5 Η αναπηρία σας οφείλεται σε τρομοκρατική ενέργεια;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.6 Επιθυμείτε να προχρονολογηθεί η πάθησή σας;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Εάν ΝΑΙ, συμπληρώστε από ποιο έτος	ΕΤΟΣ	
	<input type="text"/>	

4.7 Έχετε επιδοτηθεί λόγω ασθένειας;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Εάν ΝΑΙ, γράψτε τον Φορέα και για το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ το Υποκατάστημα.	Φορέας	Υποκ/μα ΙΚΑ-ΕΤΑΜ
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Εάν επιδοτηθήκατε στο εξωτερικό, γράψτε τη χώρα και το χρονικό διάστημα.	Χώρα	Χρονικό διάστημα
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4.8 Έχετε επιδοτηθεί λόγω ανεργίας;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Εάν επιδοτηθήκατε στο εξωτερικό, γράψτε τη χώρα και το χρονικό διάστημα	Χώρα	Χρονικό διάστημα
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4.9 Έχετε απασχοληθεί ως επαγγελματίας οδηγός ή ως εκπαιδευτής οδηγών αυτοκινήτων; ΠΡΟΣΟΧΗ: Η ημερομηνία κατάθεσης της επαγγελματικής άδειας οδήγησης ή της ειδικής άδειας οδήγησης Ε.Δ.Χ αυτοκινήτου επηρεάζει την ημερομηνία έναρξης συνταξιοδότησής σας.	ΝΑΙ	ΟΧΙ
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.10.α Επιθυμείτε να ασφαλιστείτε στον ΕΦΚΑ προαιρετικά στην περίπτωση που δεν επαρκεί για συνταξιοδότηση ο συνολικός χρόνος ασφάλισής σας;

4.10.β Ασφαλίστετε ήδη προαιρετικά σε κάποιον φορέα που εντάχθηκε στον ΕΦΚΑ. Εάν ΝΑΙ συμπληρώστε τον φορέα	ΝΑΙ	ΟΧΙ
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.11.α Επιθυμείτε αναγνώριση χρόνου στρατιωτικής υπηρεσίας*;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Εάν επιθυμείτε αναγνώριση χρόνου στρατιωτικής υπηρεσίας, σημειώστε το Στρατολογικό Γραφείο.	Στρατολογικό γραφείο	
	<input type="text"/>	

* Με την επιφύλαξη των διατάξεων της παρ. 4 του άρθ. 34 του Ν. 4387/2016

4.11.β Έχετε αναγνωρίσει χρόνο στρατιωτικής υπηρεσίας ή εθνικής αντίστασης, σε ΦΚΑ που εντάχθηκε/αν στον ΕΦΚΑ;		ΝΑΙ	ΟΧΙ
Εάν ΝΑΙ, σε ποιον/ποιους;			
ΦΚΑ	Απόφαση Αναγνώρισης	Εξοφλήθηκε	
		ΝΑΙ	ΟΧΙ
Εάν εξοφλήθηκε, επιλέξτε τον τρόπο εξόφλησης:			
Γραμμάτιο/-α εξόφλησης	<input type="text"/>	Δόσεις	<input type="text"/>
		Αριθμός Δόσεων	<input type="text"/>
		ΝΑΙ	ΟΧΙ
4.12 Βρίσκεστε σε κατάσταση απόλυτης αναπηρίας, που απαιτεί συνεχή επίβλεψη και συμπαράσταση;			
4.13 Επιθυμείτε να σας χορηγηθεί το εξωιδρυματικό επίδομα (παραπληγίας) εφόσον εσείς ή μέλος της οικογένειάς σας παρουσιάζει πάθηση που το δικαιολογεί και δεν σας το χορηγεί άλλος φορέας;			
4.14 Επιθυμείτε την παρακράτηση 0,20 ευρώ από το μηνιαίο ποσό της κύριας σύνταξής σας με σκοπό την οικονομική ενίσχυση Ομοσπονδιών άρθρο 102 Ν. 4387/2016;			
4.15 Επίπεδο εκπαίδευσης	Υποχρεωτική	Δευτεροβάθμια	Ανώτερη
			Ανώτατη
4.16 Εάν έχετε επαγγελματικές γνώσεις, γράψτε την ειδικότητά σας.		Ειδικότητα	

5. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ												
5.1 Συμπληρώστε τα παρακάτω πεδία για σύζυγο, σύμβιο/α, άγαμα/σπουδάζοντα/ανίκανα τέκνα												
	ΣΥΖΥΓΟΣ		ΣΥΜΒΙΟΣ/Α		Α΄ ΠΑΙΔΙ		Β΄ ΠΑΙΔΙ		Γ΄ ΠΑΙΔΙ		Δ΄ ΠΑΙΔΙ	
ΟΝΟΜΑ/ ΕΠΩΝΥΜΟ												
A.M.K.A.												
A.Φ.Μ.												
Δ.Ο.Υ.												
ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ Εντασσόμενου ΦΚΑ												
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (Άγαμος/η, Έγγαμος/η, Χήρος/α, Διαζευγμένος/η, Σε Διάσταση, Σύμβιος/α)												
ΕΡΓΑΖΕΤΑΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΕΠΙΔΟΤΕΙΤΑΙ												
ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΕΙΤΑΙ												
ΕΚΚΡΕΜΕΙ ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΝΤΑΞ/ΣΗΣ												
ΦΟΡΕΑΣ ΣΥΝΤΑΞ/ΣΗΣ												
ΧΩΡΑ ΣΥΝΤΑΞ/ΣΗΣ												
ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ/ ΑΝΑΠΗΡΙΑ												

ΕΞΩΙΑΡΥΜΑΤΙΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ (ΠΑΡΑΠΑΗΓΓΙΑΣ)													
ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΙΔΡΥΜΑ ΑΣΥΛΙΑΚΗΣ ΜΟΡΦΗΣ ΓΙΑ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΑΝΩ ΤΩΝ 30 ΗΜΕΡΩΝ													
ΕΧΟΛΗ ΦΟΙΤΗΣΗΣ * (ολογράφως)													
5.2 Αν ο έτερος γονέας συνταξιοδοτείται, λαμβάνει προσαύξηση για τα παιδιά που αναγράφονται παραπάνω;											ΝΑΙ	ΟΧΙ	
5.3 Λαμβάνετε την οικογενειακή παροχή συζύγου και τέκνου από άλλη πηγή;											ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Εάν ΝΑΙ, από ποιον φορέα;													
* Λαμβάνω γνώση ότι πρέπει να δηλώσω αμέσως τυχόν διακοπή της φοίτησης πριν από την προβλεπόμενη λήξη των σπουδών ή παράτασή της μετά τη λήξη και πριν από τη συμπλήρωση του 24 ^{ου} έτους της ηλικίας.													
6. ΛΟΙΠΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ- ΑΙΤΗΜΑΤΑ (συμπληρώστε κάθε άλλη χρήσιμη πληροφορία)													
Παρακαλώ να μου χορηγήσετε κύρια σύνταξη αναπηρίας με τις ευνοϊκότερες διατάξεις που ισχύουν στην περίπτωσή μου, σύμφωνα με τα στοιχεία που έχω δηλώσει με την αίτηση αυτή.													

7. ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ
<p>7.1 Αναλαμβάνω την υποχρέωση να ειδοποιήσω αμέσως εγγράφως κάθε αρμόδια Υπηρεσία του ΕΦΚΑ σε περίπτωση που:</p> <p>i. αναλάβω εργασία στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό ως μισθωτός ή αυτοαπασχολούμενος, ελεύθερος επαγγελματίας ή με οποιαδήποτε επαγγελματική ιδιότητα ή σχέση εργασίας στο δημόσιο, ευρύτερο δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα, ΝΠΔΔ, ή ΟΤΑ και να γνωστοποιήσω στην Υπηρεσία που προσλήφθηκα ότι είμαι συνταξιούχος Ν.Π.Δ.Δ.</p> <p>ii. λάβω σύνταξη στο μέλλον από οποιονδήποτε φορέα στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό</p> <p>iii. μεταβληθεί η οικογενειακή ή και ασφαλιστική κατάστασή μου ή των ανωτέρω προστατευόμενων προσώπων για τα οποία χορηγούνται παροχές (γάμος, σύμφωνο συμβίωσης, διαζύγιο, συνταξιοδότηση, θάνατος, νοσηλεία σε ίδρυμα ασυλιακής μορφής για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 30 ημερών), καθώς και στην περίπτωση αλλαγής της ταχυδρομικής διεύθυνσης μόνιμης κατοικίας.</p> <p>7.2 Έλαβα γνώση πως η κατάθεση των δικαιολογητικών που υποχρεούμαι να προσκομίσω είναι απαραίτητη για τη διεκπεραίωση αυτής της αίτησης.</p>

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ

.....