



ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΓΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΝΗΛΙΚΩΝ ΕΚΤΟΠΙΣΘΕΝΤΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΥΚΡΑΝΙΑ ΗΛΙΚΙΑΣ ΜΕΧΡΙ 4 ΕΤΩΝ ΚΑΙ 8 ΜΗΝΩΝ

APPLICATION FOR FINANCIAL SUPPORT FOR THE CARE OF CHILDREN DISPLACED FROM UKRAINE UP TO THE AGE OF 4 YEARS AND 8 MONTHS

Η αίτηση συμπληρώνεται μόνο στην ελληνική ή στην αγγλική γλώσσα
The application form must be completed only in Greek or English

A. ΑΙΤΗΤΗΣ/ΤΡΙΑΣ: (ΓΟΝΕΑΣ / ΚΗΔΕΜΟΝΑΣ) / APPLICANT: (PARENT/GUARDIAN)

1. Όνομα / First Name:	2. Επώνυμο / Surname:
3. Αρ. Δελτίου εγγραφής αλλοδαπού / ARC No:	4. Αρ. διαβατηρίου / Passport No:..... & Υπηκοότητα / Nationality:
5. Ημερ. Γέννησης/ Date of Birth:	6. Φύλο / Gender : Θ / F <input type="checkbox"/> Α / M <input type="checkbox"/>
7. Διεύθυνση / Residence Address:	8. Επαρχία / District:
9. Τηλ. κινητό (κυπριακός αριθμός) / Cyprus Contact Phone Number :	10. Τηλ. εργασίας/ Work phone no:
11. Οικογενειακή Κατάσταση : <input type="checkbox"/> Έγγαμος/η <input type="checkbox"/> Άγαμος/η <input type="checkbox"/> Διαζευγμένος/η <input type="checkbox"/> Χήρος/α	11. Marital Status : Single : <input type="checkbox"/> Divorced: <input type="checkbox"/> Married : <input type="checkbox"/> Widowed: <input type="checkbox"/>
12. Ηλεκτρονική διεύθυνση / email address:	13. Αρ. Κοινωνικών Ασφαλίσεων / Social Insurances no:

B. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΕΛΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΟΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ ΜΑΖΙ ΜΕ ΤΟΝ ΑΙΤΗΤΗ (Συζύγου/ Συμβίου/ Τέκνων ηλικίας μέχρι 4 ετών και 8 μηνών μόνο)

Family members who reside in Cyprus with the applicant (Spouse/ Partner/ Children up to 4 years and 8 months old only)

Όνοματεπώνυμο Full Name	ΑΡ. ARC ARC No.	Αρ. Διαβατηρίου Passport No	Ημερομηνία Γέννησης Date of Birth	Ηλικία Age	Φύλο Gender	Ιδιότητα (συγγένεια / σχέση) προς αιτητή Relationship to the applicant

Γ. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ / EMPLOYMENT INFORMATION IN THE REPUBLIC OF CYPRUS

1. ΑΙΤΗΤΗ (ΓΟΝΕΑ / ΚΗΔΕΜΟΝΑ) / APPLICANT: (PARENT/GUARDIAN)

Άσκηση Μισθωτής Εργασίας / Employee <input type="checkbox"/> Άσκηση Ανεξάρτητης Δραστηριότητας / <input type="checkbox"/> Self-employed Ημερομηνία έναρξης εργοδότησης / Date of employment :	Είδος εργασίας / Type of work: Ύψος μηνιαίου μισθού / Monthly salary: €.....	Στοιχεία εργοδότη / Employer' s details:
--	---	--

2. ΣΥΖΥΓΟΥ/ΣΥΜΒΙΟΥ ΑΙΤΗΤΗ (όπου ισχύει) / SPOUSE/ PARTNER (where applicable)

Άσκηση Μισθωτής Εργασίας/ Employee <input type="checkbox"/> Άσκηση Ανεξάρτητης Δραστηριότητας / <input type="checkbox"/> Self-employed Ημερομηνία έναρξης εργοδότησης / Date of employment ::	Είδος εργασίας / Type of work: Ύψος μηνιαίου μισθού / Monthly salary: €.....	Στοιχεία εργοδότη / Employer' s details:
--	---	--

Δ. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΕΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟΥ ΠΑΡΟΧΟΥ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΓΙΑ ΤΑ ΤΕΚΝΑ ΗΛΙΚΙΑΣ ΜΕΧΡΙ 4 ΕΤΩΝ ΚΑΙ 8 ΜΗΝΩΝ: INFORMATION ON AN APPROVED CARE PROVIDER FOR CHILDREN UP TO 4 YEARS AND 8 MONTHS OF AGE:

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΡΟΧΟΥ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ/ DETAILS OF THE CHILDCARE PROVIDER

Όνομα νηπιαγωγείου ή βρεφοπαιδοκομικού σταθμού (Name of nursery school / kindergarten)
Διεύθυνση (Address):.....	Επαρχία & Δήμος / District & Municipality:.....
Τηλέφωνο (Telephone): Κόστος μηνιαίων τροφείων (Monthly tuitions): €..... Ωράριο φοίτησης /Hours of attendance:	Μήνας έναρξης φοίτησης (Starting month) : Μήνες που έχουν πληρωθεί μέχρι σήμερα (Months paid up to date):

Ε. ΑΙΤΟΥΜΕΝΗ ΠΑΡΟΧΗ / REQUEST BENEFIT:

Σημειώστε αναλόγως με √ του μήνες διδάκτρων που αιτείστε / Select using √ the months you are applying for tuition fees.					
09/2022	10/2022	11/2022	12/2022	01/2023	02/2023

ΣΤ. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ / DECLARATION OF RESPONSIBILITY:

Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα πιο πάνω στοιχεία είναι αληθή. Σε περίπτωση υποβολής ψευδούς δήλωσης, γνωρίζω ότι είμαι ένοχος αδικήματος. Επίσης δηλώνω υπεύθυνα ότι τόσο εγώ όσο και τα μέλη της οικογενειακής μου μονάδας διαμένουμε σε περιοχή της Κυπριακής Δημοκρατίας που τελεί υπό τον αποτελεσματικό έλεγχο της Κυπριακής Δημοκρατίας Εξουσιοδοτώ του Υφυπουργείου Κοινωνικής Πρόνοιας και τις Υπηρεσίες Κοινωνικής Ευημερίας να επαληθεύσουν σε συνεργασία με άλλους φορείς στην Κύπρο ή του εξωτερικού, όσα από τα στοιχεία αυτοί κρίνουν απαραίτητο.

I declare that the above information is true. If I make a false declaration, I know that I am guilty of an offence. I also declare responsibly that both I and the members of my family residing in areas under the effective control of the Republic of Cyprus. I authorise the Deputy Ministry of Social Welfare and the Social Welfare Services to verify, in cooperation with other bodies in Cyprus or abroad, any information as they deem necessary.

.....
 Ημερομηνία / Date

.....
 Υπογραφή αιτητή/τριας / Applicant' s Signature

Z. ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗΣ ΑΙΤΗΤΗ ΑΠΟ ΠΡΕΣΒΕΙΑ ΤΗΣ ΟΥΚΡΑΝΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
CERTIFICATION OF APPLICANT SIGNATURE BY THE EMBASSY OF UKRAINE IN THE REPUBLIC OF CYPRUS

Σφραγίδα Πρεσβείας Embassy seal	Τηλέφωνο / Telephone	Όνοματεπώνυμο Αρμόδιου Λειτουργού / Name of authorised officer:
	Ημερ./ Date.....	Υπογραφή / Signature :.....
Πιστοποιείται η υπογραφή του αιτητή / We certified the signature of the applicant: Όνοματεπώνυμο αιτητή / Applicants full name:ARC no.....		

ΠΡΟΣΟΧΗ: Πρόσωπο που κάνει ψευδή δήλωση ή ψευδείς παραστάσεις για να πετύχει επιχορήγηση είτε για τον εαυτό του είτε για άλλο πρόσωπο διαπράττει ποινικό αδίκημα για το οποίο σε περίπτωση καταδίκης υπόκειται σε φυλάκιση μέχρι 6 μήνες ή σε χρηματική ποινή μέχρι €768,87 ή και στις δύο ποινές.

WARNING: A person who makes a false statement or false representation to obtain benefit either for himself or for another person commits a criminal offence. In case of a conviction, he/she is liable to imprisonment for up to 6 months or a fine of up to €768. 87 or both.

E. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ / INFORMATION

- Ο αιτητής θα ενημερωθεί από τις Υπηρεσίες Κοινωνικής Ευημερίας για την ημερομηνία προσέλευσης του για την καταβολή του ποσού επιδότησης. Κατά την ενημέρωση δύναται να ζητηθούν πρόσθετα στοιχεία.

The applicant will be informed, by the Social Welfare Services, of the date for the payment of the subsidy amount. Additional information may be requested.

- Ο Βρεφοπαιδοκομικός σταθμός ή το νηπιαγωγείο που φοιτά το ανήλικο τέκνο θα πρέπει να είναι εγκεκριμένο από τις Υπηρεσίες Κοινωνικής Ευημερίας ή το Υπουργείο Παιδείας.

The nursery or kindergarten attended by the child must have the appropriate operation license issued by the Social Welfare Services or the Ministry of Education

Για την εξέταση του αιτήματος καταβολής απαιτούνται μαζί με την αίτηση τα ακόλουθα :

1. Αντίγραφο της προσωρινής άδειας παραμονής στην Κύπρο (για όλους)
2. Αντίγραφο της βιομετρικής κάρτας άδειας παραμονής (για όλους)
3. Αντίγραφο δελτίου εγγραφής αλλοδαπού (για όλους)
4. Αντίγραφο μεταφρασμένου στα ελληνικά, πιστοποιητικού γέννησης για τα τέκνα για τα οποία ζητείται η σχετική επιδότηση
5. Βεβαίωση εργοδότη, στην οποία να αναφέρετε η ημερομηνία έναρξης εργοδότησης (για αιτητή και σύζυγο/συμβίο). Σε περίπτωση αυτοτελώς εργαζομένου, βεβαίωση από τις Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων (για αιτητή και σύζυγο/συμβίο)
6. Βεβαίωση φοίτησης από το εγκεκριμένο νηπιαγωγείο ή βρεφοπαιδοκομικό σταθμό για κάθε ανήλικο τέκνο μέχρι 4 ετών και 8 μηνών που φοιτά σε αυτό.
7. Αντίγραφο απόδειξης ή βεβαίωσης πληρωμής των αιτούντων διδάκτρων

For the examination of the application, the following documents are required together with the application:

1. Copy of temporary residence permit in Cyprus (for all the members of the family)
2. Copy of biometric residence permit card (for all the members of the family)
3. Copy of alien registration card (for all the members of the family)
4. A copy of the birth certificate of the children, for whom the application is made, translated in Greek
5. Certificate from the employer, stating the date of employment (for the applicant and spouse/partner). In case of self-employed persons, a certificate from the Social Insurance Services (for the applicant and spouse/partner)
6. Certificate of attendance, provided by the kindergarten or nursery school, for each child up to 4 years and 8 months of age, attending the school.
7. A copy of a receipt of payment of the tuition fees

Οι συμπληρωμένες αιτήσεις μαζί με τα απαραίτητα πιστοποιητικά να παραδίνονται αναλόγως της επαρχίας διαμονής σας στα ακόλουθα σημεία

Completed applications along with the necessary certificates must be submitted to the following locations according to your district of residence:

Λευκωσία: Επαρχιακό Γραφείο Ευημερίας Λευκωσίας 22804605/607, Αγίου Ιλαρίωνος 66, 1026 Καϊμακλί, Λευκωσία

Λεμεσό: Γραφείο Κοινωνικών Υπηρεσιών Πολεμιδιών, 25821761/869 ,82^{ος} δρόμος αρ. 3, 4153 Κάτω Πολεμίδια

Λάρνακα: Γραφείο Κοινωνικών Υπηρεσιών Αγ. Αναργύρων , 24821062/076 Λεωφ. Αγ. Αναργύρων 54, 6057 Λάρνακα

Πάφος: Επαρχιακό Γραφείο Ευημερίας Πάφου, 26821601/600 Νίκου Νικολαΐδη 17, 8010, Πάφος

Αμμόχωστο: Επαρχιακό Γραφείο Ευημερίας Αμμοχώστου , 23811741, 1^{ης} Απριλίου 170, 5280 Παραλίμνι

Nicosia: District Social Services Office 22804605/607 66, Agiou Ilarionos 1026 Lefkosia,

Limassol: Social Services Office in Polemidia 25821761/869 , 3, 82nd Road, 4153 Kato Polemidia,
Lemesos,

Larnaca: Social Service Office in Agioi Anargyroi, 24821062/076, 54, Agioi Anargyroi Ave.,6057
Larnaca

Paphos: District Social Services Office, 26821601/600, 17 Nikou Nikolaidi, 8010 **Pafos**

Ammochostos: District Social Services Office, 23811741, 134, 1st Apriliou, 5280 Paralimni,
Ammoxostos