ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 8-Γ'

Α Ι Τ Η Σ Η

«Περί χορήγησης εφάπαξ οικονομικής ενίσχυσης του Ν.826/78».

Α.Γ.Μ./ ΒΑΘΜΟΣ ***:**.....

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΟΝΟΜΑ:.....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:.....

Α.Μ.Κ.Α.:.....

Α.Φ.Μ.:.....

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

ΟΔΟΣ: ..... Αριθ.:.....

Πόλη/Χωριό:..... Τ.Κ.:.....

ΥΠΗΡΕΣΙΑ*:.....

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Τηλ. Σταθερό.....

Τηλ. κινητό .....

Email :.....

ΤΡΑΠΕΖΑ:.....

ΙΒΑΝ ΤΡΑΠΕΖΑΣ

GR .....

***Δεν συμπληρώνεται, εφόσον η αίτηση αφορά θάνατο μετόχου.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΟΒΙΩΣΑΝΤΟΣ

Α.Γ.Μ/ ΒΑΘΜΟΣ: .....

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΟΝΟΜΑ:.....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:.....

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Ο/Η υπογράφων/ουσα δηλώνω ότι: Ενημερώθηκα από το ΤΑ.Π.Α.Σ.Α., **συναινώ και παρέχω** την ρητή ελεύθερη, συγκεκριμένη και εν πλήρη επίγνωση συγκατάθεσή μου, για την συλλογή, τήρηση (σε ηλεκτρονικό ή μη αρχείο) και επεξεργασία προσωπικών και ευαίσθητων δεδομένων που με αφορούν, τα οποία έχουν συλλεγεί και βρίσκονται στην κατοχή του ή θα συλλεγούν και θα προκύψουν στη συνέχεια, σύμφωνα με τη σχετική νομοθεσία περί προστασίας δεδομένων (Γενικός Κανονισμός Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων [GDPR ΕΕ2016/679] και τον Ν.4624/2019 η οποία εφαρμόζεται από το Ταμείο και θεωρείται απαραίτητη για την παροχή των σχετικών υπηρεσιών του. Για τις ανωτέρω συγκαταθέσεις, πέραν των περιπτώσεων για τις οποίες η συλλογή, τήρηση και επεξεργασία είναι κατά νόμο υποχρεωτική, έχω ενημερωθεί ότι δύναται να υπάρξει ανάκληση οποιαδήποτε στιγμή επιθυμώ, με σχετική δήλωση μου στον Φορέα, εφόσον δεν επηρεάζουν την παροχή υπηρεσιών που εμπίπτουν στο αντικείμενο δραστηριότητας του Ταμείου. Επίσης παρέχω την συγκατάθεση να μου αποστέλλεται οποιοδήποτε πληροφορία ή έγγραφο σχετικά με το αίτημά μου με sms ή email, στα στοιχεία επικοινωνίας που έχω δηλώσει στην αίτηση μου.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: *Για οποιαδήποτε περαιτέρω σχετική πληροφορία περί προσωπικών δεδομένων μπορείτε να ανατρέξετε στο διαδικτυακό μας τόπο www.tapasa.gr ή να απευθυνθείτε στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων του Οργανισμού στο email: dpo@tapasa.gr*

ΠΡΟΣ

ΤΑ.Π.Α.Σ.Α.

Δ/ΝΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΑΡΟΧΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΠΑΡΟΧΩΝ ΑΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΕΛ.ΑΣ.

ΕΙΔΙΚΟΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΣ του Ν.826/78 του Τ.Π.ΑΣ.

ΒΕΡΑΝΖΕΡΟΥ 48 - Τ.Κ. 104 38 ΑΘΗΝΑ

Παρακαλώ όπως, μου χορηγήσετε εφάπαξ οικονομική ενίσχυση του ειδικού λογαριασμού του **Ν.826/78 ,** με τους όρους και τις προϋποθέσεις χορήγησης, για την κατηγορία **ΣΤ'(Θανάτου)** της παρ. 6.1 της Εγκυκλίου 1(Ειδ.Λογαριασμός Ν.826/78) ΤΑ.Π.Α.Σ.Α..

Συνημμένα υποβάλλω τα εξής δικαιολογητικά:

1. **Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης (αυτεπάγγελτη αναζήτηση από ΤΑ.Π.Α.Σ.Α.)**
2. **Αντίγραφο Δήλωσης** Φορολογίας Εισοδήματος **(Ε1)** και **Εκκαθαριστικού Σημειώματος** / Πράξης Διοικητικού Προσδιορισμού Φόρου, του προηγούμενου φορολογικού έτους που συνέβη το γεγονός. *
3. **Αποδεικτικό λογαριασμού IBAN δικαιούχου** **
4. **Υπεύθυνη Δήλωση** του άρθρου 8 του ν.1599/1986 (Α' 75) **περί παροχής συγκατάθεσης ως προς την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα**, για τη χορήγηση της οικονομικής ενίσχυσης του Ειδ.Λογαριασμού από πρόσωπα που, από τα λοιπά δικαιολογητικά, προκύπτει ότι τυγχάνουν υποκείμενα επεξεργασίας τέτοιων δεδομένων και έχουν συμπληρώσει το 15ο έτος της ηλικίας τους.(εφόσον απαιτείται). **Θεωρημένη (ή από το gov.gr)**

* Στην περίπτωση υποβολής χωριστής Δήλωσης συζύγων Φορολογίας Εισοδήματος, απαιτείται η προσκόμιση αντιγράφων Δηλώσεων και Εκκαθαριστικών Σημειωμάτων και των δύο συζύγων.

** Στην περίπτωση ανήλικου δικαιούχου, απαιτείται ο IBAN του ασκούντος την επιμέλεια γονέα ή επιτρόπου αυτού.

ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ανά περίπτωση **(για την Κατηγορία ΣΤ'** της παρ. 6.1 της Εγκυκλίου 1 (Ειδ.Λογαριασμός Ν.826/78) ΤΑ.Π.Α.Σ.Α.)

5. Ληξιαρχική Πράξη θανάτου **Εφόσον η αίτηση , αφορά σε θάνατο μετόχου, επιπλέον**:

5α. Πιστοποιητικό εγγυτέρων συγγενών.

5β. Βεβαίωση Αριθμού Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης (ΑΜΚΑ) δικαιούχου (εφόσον αυτός δεν προκύπτει απευθείας από το Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης).

5γ. Αντίγραφο Πορίσματος Ένορκης Διοικητικής Εξέτασης (Ε.Δ.Ε.) ή Προκαταρκτικής Διοικητικής Εξέτασης (Π.Δ.Ε.) ή βεβαίωση της Υπηρεσίας (εφόσον ο θάνατος επήλθε σε διατεταγμένη υπηρεσία).

5δ. **Βεβαίωση από τον Κλάδο Υγείας** του ΤΑ.Π.Α.Σ.Α. περί μη χορήγησης από αυτόν, εφάπαξ οικονομικής ενίσχυσης ή περί μη υποβολής αίτησης για χορήγηση από αυτόν, εφάπαξ οικονομικής ενίσχυσης, για το ίδιο συμβάν.(**Αναζητείται αυτεπάγγελτα από την αρμόδια Υπηρεσία του Ταμείου**).

..../...../.....

(Τόπος) (Ημερομηνία)

Ο/Η **Αιτών/ούσα**.....