



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

**ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ ΣΧΕΔΙΟ ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΔΙΑΚΟΠΩΝ
ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΩΝ ΜΕ ΧΑΜΗΛΑ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΑ ΣΕ ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑ ΤΩΝ ΟΡΕΙΝΩΝ
ΘΕΡΕΤΡΩΝ ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΥΡΓΟΥ ΤΗΛΛΥΡΙΑΣ
(1.9.2021 – 22.12.2021)**

ΠΡΟΣΟΧΗ: Η παρούσα δήλωση συμμετοχής δύναται να υποβληθεί μόνο από δικαιούχους του Σχεδίου Ενίσχυσης Συνταξιούχων με Χαμηλά Εισοδήματα, Χαμηλοσυνταξιούχους που είναι δικαιούχοι του Ελάχιστου Εγγυημένου Εισοδήματος και από Συνταξιούχους με ετήσιο εισόδημα τις €15.500 για μονήρεις και τις €20.000 για ζευγάρια. Θα τηρηθεί σειρά προτεραιότητας όσον αφορά τη συμμετοχή στο Σχέδιο Επιχορήγησης Διακοπών καθώς και στην επιλογή ξενοδοχείου προτίμησης.

Όνοματεπώνυμο αιτητή:	Αρ. Ταυτότητας/ ARC:.....	
Όνοματεπώνυμο συζύγου/ συντρόφου:	Αρ. Ταυτότητας/ ARC:.....	
Όνοματεπώνυμο εξαρτώμενου τέκνου * (δείτε σημείωση):	Αρ. Ταυτότητας/ ARC:.....	
Όνοματεπώνυμο εξαρτώμενου τέκνου*:	Αρ. Ταυτότητας/ ARC:.....	
Όνοματεπώνυμο εξαρτώμενου τέκνου*:	Αρ. Ταυτότητας/ ARC:.....	
Οδός:.....		
Αριθμός: Ταχ. Κώδικας:..... Δήμος / Κοινότητα:.....		
Επαρχία: Τηλέφωνα επικοινωνίας:		
<u>Περίοδος που επιθυμείτε να διαμείνετε στο ξενοδοχείο</u> (δηλώστε τρεις περιόδους με τη σειρά που προτιμάτε):		
(Α) Ημερ. Άφιξης:..... Ημερ. Αναχώρησης:.....	(Β) Ημερ. Άφιξης:..... Ημερ. Αναχώρησης:.....	(Γ) Ημερ. Άφιξης:..... Ημερ. Αναχώρησης:.....
<u>Όνομα Ξενοδοχείου</u> (δηλώστε μέχρι τρία ξενοδοχεία κατά σειρά προτίμησης από τον Κατάλογο Ξενοδοχείων που βρίσκεται στην επόμενη σελίδα):		
(Α) <i>Capivalli Hotel</i> (Β) (Γ)		

***Σημείωση:**

Ως εξαρτώμενα τέκνα ορίζονται τα:

- τέκνα ηλικίας κάτω των 18 ετών,
- άγαμα τέκνα μεταξύ 18-25 ετών που εκτελούν θητεία στην Εθνική Φρουρά
- τέκνα μεταξύ 18-23 ετών, εφόσον τυγχάνουν τακτικής εκπαίδευσης (μαθητές / φοιτητές)
- άγαμα αγόρια ηλικίας μεταξύ 23-25 ετών, εφόσον τυγχάνουν τακτικής εκπαίδευσης για τόσο χρονικό διάστημα όσο και η περίοδος που φοίτησαν στην Εθνική Φρουρά και
- τέκνα ανεξάρτητα από ηλικία που στερούνται μόνιμα της ικανότητας για συντήρησή τους.

Υπεύθυνη Δήλωση:

A. Δηλώνω υπεύθυνα ότι εγώ ο/η πιο κάτω υπογράφων/ουσα αιτητής/τρια είμαι:

α) Δικαιούχος του Σχεδίου Ενίσχυσης Συνταξιούχων με Χαμηλά Εισοδήματα (που λαμβάνουν μικρή επιταγή)

β) Χαμηλοσυνταξιούχος, που είναι δικαιούχος του Ελάχιστου Εγγυημένου Εισοδήματος

γ) Μονήρης συνταξιούχος με ετήσιο εισόδημα μέχρι €15.500

δ) Οικογένεια συνταξιούχου με ετήσιο εισόδημα μέχρι €20.000

και ότι οι πληροφορίες που έχουν καταχωρηθεί στην παρούσα δήλωση είναι αληθείς. Εξουσιοδοτώ το Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων να επαληθεύσει, σε συνεργασία με αρμόδιες Κρατικές Υπηρεσίες, με οργανισμούς/φορείς/επιχειρήσεις και με αρμόδιους φορείς του εξωτερικού, όσα από τα στοιχεία που περιέχονται στην αίτηση μου κρίνει απαραίτητο για τους σκοπούς εφαρμογής του παρόντος Σχεδίου.

Υπογραφή αιτητή/τριας: Ημερομηνία:

B. Περαιτέρω εγώ/εμείς ο/οι πιο κάτω υπογράφων/οντες δηλώνω/ουμε ότι είμαι/είμαστε μόνιμα διαμένοντες στο νησί και έχω/έχουμε εμβολιαστεί με τουλάχιστο μια δόση του εμβολίου κατά του COVID19 ή έχω/έχουμε αναρρώσει από τον ιό μέχρι και 180 μέρες πριν την διαμονή στο κατάλυμα.

Αιτητής/τρια	Σύζυγος	Εξαρτώμενο 1	Εξαρτώμενο 2	Εξαρτώμενο 3
Όνοματεπώνυμο:	Όνοματεπώνυμο:	Όνοματεπώνυμο:	Όνοματεπώνυμο:	Όνοματεπώνυμο:
ΑΔΤ/ΑΡΚ:	ΑΔΤ/ΑΡΚ:	ΑΔΤ/ΑΡΚ:	ΑΔΤ/ΑΡΚ:	ΑΔΤ/ΑΡΚ:
Υπογραφή:	Υπογραφή:	Υπογραφή:	Υπογραφή:	Υπογραφή:
Ημερομηνία:	Ημερομηνία:	Ημερομηνία:	Ημερομηνία:	Ημερομηνία:

Γ. Εγώ/Εμείς ο/οι πιο κάτω υπογράφων/οντες περαιτέρω δηλώνω/ουμε ότι:

1. Δίδω/ουμε την παρούσα εξουσιοδότηση στο πλαίσιο του αιτήματός μου/μας αναφορικά με τη δήλωση συμμετοχής στο Σχέδιο Επιχορήγησης Διακοπών Συνταξιούχων και Χαμηλοσυνταξιούχων σε Ξενοδοχεία των Ορεινών Θέρετρων και του Πύργου Τηλλυρίας.
2. Αντιλαμβάνομαι/στε ότι οι πιο πάνω πληροφορίες που με/μας αφορούν είναι απαραίτητες, ούτως ώστε να καταστεί δυνατή η αξιολόγηση ή επιβεβαίωση των στοιχείων που συμπεριλαμβάνονται στη Δήλωση.

3. Σε περίπτωση ανάκλησης της εξουσιοδότησης αυτής, υποχρεώνομαι/μαστε να ενημερώσω/ουμε άμεσα τον Γενικό Διευθυντή του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Αιτητής/τρια	Σύζυγος
Όνοματεπώνυμο: _____	Όνοματεπώνυμο: _____
ΑΔΤ/ΑΡΚ: _____	ΑΔΤ/ΑΡΚ: _____
Υπογραφή: _____	Υπογραφή: _____
Ημερομηνία: _____	Ημερομηνία: _____

***ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ:** Ενημέρωση που γίνεται με βάση το Κεφάλαιο ΙΙΙ του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016 για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και για την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων αυτών και την κατάργηση της οδηγίας 95/46/ΕΚ (Γενικός Κανονισμός για την Προστασία Δεδομένων):

Τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν και δηλώνονται από εμένα την ίδια/τον ίδιο, θα τηρούνται σε αρχείο και θα τυγχάνουν αντικείμενο νόμιμης επεξεργασίας κατά την έννοια του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016 όπως ισχύει, από τον Υπεύθυνο Επεξεργασίας που είναι το Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, για σκοπούς εξέτασης της δήλωσης συμμετοχής μου στο Σχέδιο Επιχορήγησης Διακοπών Συνταξιούχων σε Ξενοδοχεία των Ορεινών Θέρετρων και του Πύργου Τηλλυρίας.

Αποδέκτες των δεδομένων θα είναι το αρμόδιο προσωπικό του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Τα προσωπικά δεδομένα που περιλαμβάνονται στα αρχεία που τηρεί το Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μπορούν να ανακοινώνονται ή να μεταδίδονται μεταξύ των εμπλεκόμενων υπηρεσιών. Η διαχείριση και επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων θα γίνεται με ασφάλεια και εχεμύθεια και θα υπόκειται στις σχετικές διατάξεις του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου.

Επίσης, πληροφορούμαι ότι, μεταξύ άλλων, έχω τα δικαιώματα ενημέρωσης, πρόσβασης, διόρθωσης και διαγραφής σε δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν, όπως αυτά αναφέρονται στα άρθρα 13, 14, 15, 16, 17, 18 και 19 του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016, για τα οποία μπορώ να απευθυνθώ στον Υπεύθυνο Επεξεργασίας (το Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων).

Ημερομηνία:

Υπογραφή: