

# ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ

Σχέδιο Αποκατάστασης Προπολεμικής Φερεγγυότητας Ιδιοκτητών  
Κατεχόμενης ή Απροσπέλαστης Ακίνητης Ιδιοκτησίας

ΑΙΤΗΣΗ ΔΑΝΕΙΟΥ  
ΓΙΑ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

---

*ΚΕΝΤΡΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ ΙΣΟΤΙΜΗΣ 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](mailto:information@kentrikosforeas.org.cy)

## ΑΙΤΗΣΗ ΔΑΝΕΙΟΥ ΓΙΑ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

### Για επίσημη γρήση

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: .....

Ηλεκτρονική διεύθυνση: .....

Ημερομηνία γεννήσεως: 

Μέρα	Μήνας	Χρόνος

Αρ. Πολιτ. Ταυτότητας: 

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

Αρ. Προσφυγ. Ταυτότητας: 

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

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

Τηλ.: ..... Κιν. Τηλ.: .....

Ημερομηνία γεννήσεως: 

Μέρα	Μήνας	Χρόνος

Αρ. Πολιτ. Ταυτότητας: 

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

Αρ. Προσφυγ. Ταυτότητας: 

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

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: .....

1.7 Ετήσιο ακαθάριστο οικογενειακό εισόδημα:

- (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	.....	€ .....
					<b>Σύνολο:</b> € .....

1.9 Δάνεια του αιτητή και της/του συζύγου του από Τράπεζες/Τρίτους:

A/A	Όνομα Τράπεζας 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:  
.....

**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   
Ονομασία 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 Ονομασία, διεύθυνση και χώρα του ιατρικού ιδρύματος το οποίο θα αναλάβει την ιατροφαρμακευτική περίθαλψή σας:  
.....  
.....

3.4 Δηλώστε κόστος θεραπείας και πηγές χρηματοδότησής του:

(α) Δάνειο από Κεντρικό Φορέα: € ..... (γ) Δικά σας κεφάλαια: € .....  
(β) Κρατική κάλυψη: € ..... (δ) Δάνεια από άλλες πηγές: € .....

**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>Ιος</u>	<u>2ος</u>
(α) Ονοματεπώνυμο: .....	.....
Διεύθυνση οικίας: .....	.....
.....	.....
Τηλέφωνα οικίας, εργασίας και κινητό: .....	.....
.....	.....
Αρ. Ταυτότητας : .....	.....
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.: Σε περίπτωση έγκρισής σας, θα ζητηθούν τιμολόγια ή/και αποδείξεις πληρωμής για τα κόστη θεραπείας κατά ή και μετά την έκδοση του δανείου.

4.3 Δηλώστε την κατεχόμενη ή απροσπέλαστη ακίνητη ιδιοκτησία που προσφέρετε για σκοπούς της αίτησης:

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							

-5-

Δηλώνω/ουμε ότι έλαβα/λάβαμε και υπέγραψα/υπογράψαμε το Έντυπο Συγκατάθεσης του Κεντρικού Φορέα αναφορικά με τον Περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα Νόμο.

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: .....

**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 ενδεικνυόμενα και νόμιμα μέτρα.
- (ε) Δηλώνω/ουμε ότι έλαβα/λάβαμε και υπέγραψα/υπογράψαμε το Έντυπο Συγκατάθεσης του Κεντρικού Φορέα αναφορικά με τον Περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα Νόμο.

Υπογραφή Αιτητή: .....

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

Ημερομηνία: .....

**ΓΙΑ ΕΠΙΣΗΜΗ ΧΡΗΣΗ**

Η αίτηση παραλήφθηκε από τον/την: ..... Ημερ.: .....

**Με το παρόν έντυπο να επισυναφθούν όσα από τα πιο κάτω στοιχεία αφορούν την αίτησή σας και να σημειωθεί V στο αντίστοιχο κουτί.**

1. Αντίγραφο προσφυγικής ταυτότητας του αιτητή.
  2. Αντίγραφο προσφυγικής ταυτότητας του ιδιοκτήτη κατεχόμενης περιουσίας.
  3. Αντίγραφο πολιτικής ταυτότητας (αιτητή, συζύγου και ιδιοκτήτη κατεχόμενης περιουσίας). Σε περίπτωση ανήλικου αιτητή αντίγραφο πολιτικής ταυτότητας γονέων.
  4. Λογαριασμός κοινής ωφέλειας (Α.Η.Κ. ή Υδατοπρομήθειας ή άλλο).
  5. Πιστοποίηση από το θεράποντα ιατρό που να αναφέρει: (α) το είδος της ασθένειας που αντιμετωπίζει ο αιτητής, (β) σύντομη ανάλυση του είδους της θεραπείας που θα πραγματοποιήσει και (γ) εκτίμηση της ολικής δαπάνης θεραπείας.
  6. Εισοδήματα αιτητή, συζύγου αιτητή ή γονέων αιτητή (σε περίπτωση ανήλικου αιτητή):
    - (α) Για μισθωτούς: το μηνιαίο πιστοποιητικό απολαβών από τον εργοδότη τους.
    - (β) Για αυτοεργοδοτούμενους: την τελευταία Δήλωση Εισοδήματός τους στο Γραφείο Φόρου Εισοδήματος ή Βεβαίωση από το Γραφείο Φόρου Εισοδήματος για το εισόδημα που δήλωσαν.
    - (γ) Για συνταξιούχους: βεβαίωση/πιστοποιητικό από το σχετικό Ταμείο Σύνταξης (Κοινωνικών Ασφαλίσεων, κυβερνητικό κλπ.) για τις συντάξεις τους.
    - (δ) Από άλλες πηγές: αποδείξεις εισοδημάτων (ενοίκια, μερίσματα, επιδόματα κλπ.).
  7. Πιστοποιητικά/Βεβαιώσεις δανείων από χρηματοπιστωτικά ιδρύματα, που να αναφέρουν την ημερομηνία σύναψης, το σκοπό, το αρχικό ποσό, το υπόλοιπο και τη μηνιαία δόση αποπληρωμής τους.
  8. Ευανάγνωστα αντίγραφα Πιστοποιητικών Εγγραφής ή/και Βεβαιώσεων του Κτηματολογίου αναφορικά με την κατεχόμενη ή Απροσπέλαστη ακίνητη ιδιοκτησία που προσφέρεται για σκοπούς της αίτησης.
- Σημείωση: σε περίπτωση που στα Πιστοποιητικά Εγγραφής και στις Βεβαιώσεις Ακίνητης Ιδιοκτησίας αναφέρονται κτίρια ή περβόλια, τα οποία δεν περιγράφονται, θα πρέπει επιπρόσθετα, να επισυναφθεί Ένορκη Δήλωση που να περιέχει λεπτομερή περιγραφή τους.

Έντυπα Ενόρκων Δηλώσεων είναι διαθέσιμα στα Γραφεία και στην Ιστοσελίδα του Κεντρικού Φορέα καθώς και στα Γραφεία των Επαρχιακών Διοικήσεων.

**Ο Περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα Νόμος - Έντυπο Συγκατάθεσης**

**Έχω ενημερωθεί ότι:**

- Ο Κεντρικός Φορέας θα συλλέγει, φυλάσσει και επεξεργάζεται σε ηλεκτρονική ή και έντυπη μορφή Προσωπικά Δεδομένα που με αφορούν.
- Τα δεδομένα αυτά μπορεί να είναι: αριθμός δελτίου πολιτικής ταυτότητας/προσφυγικής ταυτότητας, αριθμός κοινωνικών ασφαλίσεων, ονοματεπώνυμο, υπηκοότητα, ημερομηνία γεννήσεως, εκπαίδευση, τηλέφωνο κατοικίας/εργασίας/κινητό, φαξ, ηλεκτρονικό ταχυδρομείο, διεύθυνση κατοικίας/αλληλογραφίας/εργασίας, επάγγελμα, οικογενειακή κατάσταση, εισοδήματα, ακίνητη περιουσία (ελεύθερες και κατεχόμενες περιοχές), τόπος εκτοπισμού, κατάσταση υγείας/ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, στοιχεία δανείου/τραπεζικού λογαριασμού.
- Τα πιο πάνω Προσωπικά Δεδομένα θα χρησιμοποιούνται για αξιολόγηση αιτήσεων για παραχώρηση δανείων σύμφωνα με τα σχέδια του Κεντρικού Φορέα, εξέταση αιτημάτων και αναδιαρθρώσεις δανείων.
- Η παροχή Προσωπικών Δεδομένων που με αφορούν στον Κεντρικό Φορέα, αποτελεί νομική ή συμβατική υποχρέωση ή απαίτηση για αξιολόγηση αιτήματος και τυχόν άρνησή μου, μπορεί να οδηγήσει στην απόρριψη του αιτήματός μου.
- Ο Κεντρικός Φορέας μπορεί να διαβιβάσει τα Προσωπικά Δεδομένα μου, εάν είναι απαραίτητο, σε Χρηματοπιστωτικά Ιδρύματα της Κύπρου, σε Δημόσιους και Ημικρατικούς Οργανισμούς και σε συνεργάτες του Κεντρικού Φορέα (Δικολάβος, Νομικός Σύμβουλος κλπ) για νόμιμους σκοπούς ή και για συμμόρφωση με το Νόμο.
- Για οποιοδήποτε αίτημα/ερώτημα για τα Προσωπικά Δεδομένα που με αφορούν, μπορώ να απευθυνθώ εγγράφως στον Κεντρικό Φορέα ή στην ηλεκτρονική διεύθυνση [dpo@kentrikosforeas.org.cy](mailto:dpo@kentrikosforeas.org.cy).

**Κατανοώ ότι έχω τα πιο κάτω δικαιώματα σε σχέση με τα Προσωπικά Δεδομένα που με αφορούν:**

Ενημέρωσης, πρόσβασης, διόρθωσης ή τροποποίησης, διαγραφής (Δικαίωμα στη λήθη), περιορισμού επεξεργασίας, γνωστοποίησης, φορητότητας δεδομένων, εναντίωσης στην επεξεργασία, στη μη αυτοματοποιημένη ατομική λήψη αποφάσεων από μέρος του Κεντρικού Φορέα, καταγγελίας στην Επίτροπο Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, ανάκλησης της δήλωσης συγκατάθεσής μου ανά πάσα στιγμή.

Η ανάκληση της συγκατάθεσής μου δε θίγει τη νομιμότητα της επεξεργασίας που βασίστηκε στη συγκατάθεσή μου πριν την ανάκλησή της. Σε περίπτωση που ο Κεντρικός Φορέας ως Υπεύθυνος Επεξεργασίας Προσωπικών Δεδομένων έχει έννομο συμφέρον διατήρησης των Προσωπικών Δεδομένων που με αφορούν, το αίτημά μου για ανάκληση ή και διαγραφή τους μπορεί να μη γίνει αποδεκτό.

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

Δηλώνω ότι δίνω την ελεύθερη, συγκεκριμένη, ρητή και με πλήρη επίγνωση συγκατάθεσή μου στον Κεντρικό Φορέα Ισότητας Κατάνομης Βαρών όπως, φυλάσσει και επεξεργάζεται τα Δεδομένα Προσωπικού Χαρακτήρα (Προσωπικά Δεδομένα) που με αφορούν, ευαίσθητα ή μη, σύμφωνα με τον Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων ΕΕ 2016/679.

.....  
(ονοματεπώνυμο αιτητή) (υπογραφή)

.....  
(ονοματεπώνυμο συζύγου) (υπογραφή)

Υπογραφές γονέων του αιτητή:

.....  
(ονοματεπώνυμο πατέρα) (υπογραφή)

.....  
(ονοματεπώνυμο μητέρας) (υπογραφή)

.....  
(ονοματεπώνυμο ιδιοκτήτη κατεχομένων - μόνο αν είναι διαφορετικό άτομο από τους πιο πάνω) (υπογραφή)

Ημερομηνία: .....

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