



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ**

**ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ
ΕΡΓΑΤΙΚΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ
ΓΕΝ. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΡΓΑΤΙΚΟΥ
ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ**

**Χρον. Διατ.: ΣΤΟ ΔΙΗΝΕΚΕΣ
Βαθ. Ασφ. :
Βαθ. Προτερ.: ΕΞ. ΕΠΕΙΓΟΝ
Αθήνα**

Αρ. Πρωτ.:69793/10-11-2020

Ταχ-Δ/νση: Εθν. Αντίστασης 8 - Τ.Κ.
17456 Άλιμος,
Τ.Θ: 77117 Τ.Κ Π.Φαλήρου 17510
Πληροφορίες: Πισκοπάνη Δήμητρα,
Σπυροπούλου Κατερίνα
**Τηλέφωνα
επικοινωνίας:** 2109989067, 2109989571

Προς: ΠΕΡ/ΚΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ,
ΚΠΑ2
**(ΟΠΩΣ ΠΙΝΑΚΑΣ
ΑΠΟΔΕΚΤΩΝ)**
Κοιν.:

Θέμα: «Τροποποίηση όρων και προϋποθέσεων χορήγησης του βοηθήματος αυτοτελώς και ανεξαρτήτως απασχολουμένων στους ασφαλισμένους του e-ΕΦΚΑ (τέως Ε.Τ.Α.Α.) (παρ. 2 του άρθρ. 44 του ν.3986/2011, όπως ισχύει)»

Με την **υπ' αριθμ. πρωτ. Φ.10043/24986/952** απόφαση του Υπουργού Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων, η οποία δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ με αριθμ. **2943/Β'/17-07-2020 τροποποιήθηκε η υπ' αριθμ. πρωτ. Φ10043/43602/Δ18.2592/10.8.2018** απόφαση της Υπουργού και των Υφυπουργών Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (**ΦΕΚ 3496/Β'/21-08-2018**), καταβολή βοηθήματος αυτοτελώς και ανεξαρτήτως απασχολουμένων κατ' εφαρμογή της **παρ. 2 του άρθρου 44 του ν.3986/2011 (Α' 152)**, όπως ισχύει, στους ασφαλισμένους του ΕΦΚΑ (τέως ΕΤΑΑ).

ΕΠΙ ΤΗΣ ΩΣ ΑΝΩ ΤΡΟΠΟΙΗΤΙΚΗΣ ΥΠΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΠΑΡΕΧΟΝΤΑΙ ΟΙ ΕΞΗΣ ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΕΙΣ:

Α) Ύψος Βοηθήματος

Σύμφωνα με την παρ. 1 της ανωτέρω τροποποιητικής Υπουργικής Απόφασης με την οποία αντικαθίσταται το πρώτο εδάφιο της παρ. 2 του άρθρου 3, τροποποιείται το ύψος του βοηθήματος ως εξής:

«Το βοήθημα καταβάλλεται για χρονικό διάστημα τουλάχιστον τριών (3) μηνών και ανέρχεται, μηνιαίως, στο ισόποσο του βασικού μηνιαίου επιδόματος ανεργίας των κοινών ανέργων».

Κατά συνέπεια, από την 17/07/2020, αυξάνεται το ποσό του βοηθήματος και ανέρχεται στο ισόποσο του βασικού μηνιαίου επιδόματος ανεργίας των κοινών ανέργων, δηλαδή από το ποσό των 360,00 ευρώ αυξάνεται στο ποσό των 399,25 ευρώ και πλέον θα αναπροσαρμόζεται με την εκάστοτε αναπροσαρμογή του βασικού μηνιαίου ποσού της τακτικής επιδότησης ανεργίας.

Υπενθυμίζεται ότι κατά τα λοιπά, εξακολουθεί να ισχύει η **μη** προσαύξηση του ύψους του βοηθήματος ανάλογα με τον αριθμό των προστατευομένων μελών οικογένειας του δικαιούχου.

Β) ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ

Σύμφωνα με την παρ. 2 της ανωτέρω τροποποιητικής Υπουργικής Απόφασης με την οποία αντικαθίστανται η περίπτωση στ. της παρ. 1 του άρθρου 2 τροποποιούνται οι προϋποθέσεις λήψης του βοηθήματος ως εξής:

ΕΙΣΟΔΗΜΑ:

Το συνολικό ατομικό καθαρό φορολογητέο εισόδημα από οποιαδήποτε πηγή των δύο **φορολογικών** ετών που προηγούνται του έτους υποβολής της αίτησης να μην υπερβαίνει αθροιστικά το ποσό των τριάντα χιλιάδων ευρώ (**30.000,00 €**) και το συνολικό οικογενειακό καθαρό φορολογητέο εισόδημα από οποιαδήποτε πηγή των δύο **φορολογικών** ετών που προηγούνται του έτους υποβολής της αίτησης να μην υπερβαίνει αθροιστικά το ποσό των σαράντα χιλιάδων ευρώ (**40.000,00 €**).

Από τα ως άνω γίνεται φανερό ότι **αθροίζονται τα εισοδήματα των δύο φορολογικών ετών** που προηγούνται του έτους υποβολής της αίτησης.

Συνεπώς, π.χ. οι αιτούντες το βοήθημα μετά την **17/7/2020** και ως το τέλος του έτους θα προσκομίσουν ΕΚΚΑΘΑΡΙΣΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΩΜΑΤΑ με την αντίστοιχη ένδειξη "ΦΟΡ. ΕΤΟΣ 2019" και "ΦΟΡ. ΕΤΟΣ 2018"

Αναφορικά με τις αιτήσεις που θα υποβάλλονται **στην αρχή εκάστου έτους** και μέχρι να είναι δυνατή η υποβολή της δήλωσης φορολογίας για τα εισοδήματα που αποκτήθηκαν μέχρι την 31/12 του προηγούμενου έτους, οι αιτήσεις των ενδιαφερομένων **θα παραμένουν σε εκκρεμότητα** ενώ, όταν διατεθεί προς αυτό η ηλεκτρονική πλατφόρμα, θα πρέπει να προβούν το συντομότερο δυνατό στην υποβολή της δήλωσης τους προκειμένου να προχωρήσουν οι Υπηρεσίες στην έκδοση αποφάσεων. Σε διαφορετική περίπτωση, η Υπηρεσία θα προβαίνει σε έκδοση απορριπτικής απόφασης λόγω μη προσκόμισης δικαιολογητικών σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις.

Κατά τα λοιπά εξακολουθούν να ισχύουν οι διευκρινίσεις που έχουν δοθεί με την υπ' αριθμ. 65698/1-10-2018 εγκύκλιο της Δ/νσης Ασφάλισης για τον προσδιορισμό του ανά φορολογικό έτος συνολικού ατομικού καθαρού, καθώς και του συνολικού οικογενειακού καθαρού εισοδήματος.

Γ) ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

1. Σύμφωνα με την παρ. 3 της ανωτέρω τροποποιητικής Υπουργικής Απόφασης η παρ.1 του άρθρου 4 η φράση «*Βεβαίωση των αρμοδίων Υπηρεσιών του Ε.Φ.Κ.Α με την οποία πιστοποιείται:*» αντικαθίσταται από τη φράση: «*Για την εφαρμογή της παρούσας απόφασης εκδίδεται ειδική βεβαίωση των αρμοδίων Υπηρεσιών του ε-Ε.Φ.Κ.Α με την οποία πιστοποιείται:*».

2. Σημειώνεται ότι για την απλοποίηση των διαδικασιών το περιεχόμενο των υπεύθυνων δηλώσεων των στοιχείων 4 και 9 της παρ.4 της υπ. Φ.10043/43602/Δ18.2592/2018 Υ.Δ. ενοποιείται στο έντυπο μίας (ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 1) και σε αυτήν προστίθενται και τα σημεία που αφορούν σε ενημέρωση του ασφαλισμένου για τις υποχρεώσεις του. Και τα δύο αφορούν σε όσους υποβάλλουν αίτηση μετά από διακοπή επαγγελματικής δραστηριότητας.

Έτσι, τροποποιούνται τα ΥΠΟΔΕΙΓΜΑΤΑ 1 και 2 ως εξής:

- το **ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 1** υποβάλλεται αποκλειστικά στην αίτηση του ενδιαφερομένου, **ενώ**
- το **ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 2** υποβάλλεται κατά το μήνα υποχρεωτικής δήλωσης παρουσίας του ασφαλισμένου.

Η καταβολή του βοηθήματος **αναστέλλεται** για τους εξής λόγους:

- αν αναλάβει μισθωτή εργασία ή αν αυτοαπασχοληθεί [εκτός αν το βοήθημα χορηγείται βάσει της προϋπόθεσης **1β** (εισοδηματικό κριτήριο)], στην ημεδαπή ή την αλλοδαπή.

- αν υπαχθεί στην υποχρεωτική ή προαιρετική ασφάλιση του e-Ε.Φ.Κ.Α ή άλλου φορέα κύριας ασφάλισης της ημεδαπής ή της αλλοδαπής.
- αν λήξει σε χρόνο προγενέστερο της επιδότησης η άδεια διαμονής ή εργασίας που διαθέτει (για πολίτες τρίτων χωρών).
- αν καταστεί προσωρινά ανίκανος για εργασία (λόγω ασθένειας)
- αν συνταξιοδοτηθεί προσωρινά λόγω αναπηρίας
- αν υποστεί διοικητική κράτηση ή φυλάκιση
- αν στρατευτεί
- αν ξεκινήσει πρακτική άσκηση
- αν μεταβεί στο εξωτερικό για περισσότερες από 20 σποραδικές ή συνεχόμενες ημέρες κατά τη διάρκεια ενός έτους ή για περισσότερες από 20 συνεχόμενες ημέρες κατά τη διάρκεια δύο διαδοχικών ετών

Η καταβολή του βοηθήματος **διακόπεται** για τους εξής λόγους:

- αν λάβει σύνταξη από τον e-Ε.Φ.Κ.Α ή από οποιονδήποτε φορέα κύριας ασφάλισης της ημεδαπής ή της αλλοδαπής ή αν υποβάλει αίτηση για συνταξιοδότηση στους ανωτέρω φορείς (εκτός των περιπτώσεων συνταξιοδότησης ή υποβολής αίτησης για τη συνταξιοδότηση λόγω θανάτου)
- αν καταστεί οριστικά ανίκανος για εργασία
- αν εισπράξει βοηθήματα παράλληλα με την εργασία του
- λόγω θανάτου

Τυχόν παλαιότερα έγγραφα που έρχονται σε αντίθεση με τα ανωτέρω αναφερόμενα, καταργούνται.

Εξακολουθεί να ισχύει η υπ' αριθμ. 16435/02.03.2017 στην οποία αναφέρεται ότι η διάταξη του άρθρ. 56 του ν. 4430/2016, όπως ισχύει, που αφορά στη συμμετοχή σε προγράμματα εκπαίδευσης ή επαγγελματικής κατάρτισης εφαρμόζεται αναλόγως και στους δικαιούχους του Βοηθήματος Ανεργίας Αυτοτελώς και Ανεξαρτήτως απασχολουμένων, εφόσον οι δικαιούχοι έχουν επιλέξει να είναι κάτοχοι Δελτίου Ανεργίας.

Δ) ΕΝΑΡΞΗ ΙΣΧΥΟΣ

Οι παρούσες νέες ρυθμίσεις ισχύουν για τις αιτήσεις που υποβάλλονται από τις 17/07/2020 και εφεξής (δημοσίευση της τροποποιητικής Υ.Α. στο ΦΕΚ με αριθμό 2943/Β' /17.07.2020).

Εξυπακούεται ότι η αναπροσαρμογή του ύψους του βοηθήματος ισχύει και για όλους τους δικαιούχους που λάμβαναν βοήθημα την 17/07/2020.

Ε) Κατά τα λοιπά συνεχίζει να ισχύει η Υπουργική Απόφαση Φ.10043/43602/Δ18.2592/2018 (ΦΕΚ 3496/Β' /21.08.2018), καθώς και οι οδηγίες που έχουν δοθεί με την κατωτέρω εγκύκλιο της Δ/σης Ασφάλισης:

- Αριθμ. Πρωτ. 65698/1-10-2018

Για τη μηχανογραφική υλοποίηση της παρούσας, θα ακολουθήσουν οδηγίες από την αρμόδια Δ/ση Μηχανογράφησης.

Με ευθύνη των προϊσταμένων να λάβουν γνώση οι αρμόδιοι υπάλληλοι.

**Ο Προϊστάμενος της Γενικής Δ/σης
Εργατικού Δυναμικού**

ΜΠΟΥΓΙΑΚΛΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

Εσωτερική
Διανομή:

Γραμματεία Διοικητή
Γραφείο Α' Αντιπροέδρου
Γραφείο Β' Αντιπροέδρου
Γραφείο Γενικού Δ/ντη Εργατικού Δυναμικού

Δ/νση Απασχόλησης
Δ/νση Συντονισμού & Ανάπτυξης Δικτύου Υπ/σιων Απασχόλησης
Δ/νση Επιθεώρησης
Δ/νση Μηχανογραφίας

ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΠΟΔΕΚΤΩΝ:

- **ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ
ΓΕΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΓΕΝ. Δ/ΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝ. ΑΣΦ/ΣΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΙΔΙΚΟΤΕΡΩΝ ΘΕΜΑΤΩΝ
ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΟΧΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΩΝ ΚΑΙ
ΛΟΙΠΩΝ ΠΑΡΟΧΩΝ ΣΕ ΧΡΗΜΑ
Σταδίου 29
101 10 - Αθήνα**
- **e- ΕΦΚΑ – ΔΙΟΙΚΗΣΗ
ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΕΙΣΦΟΡΩΝ
Δ/ΝΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΜΗ ΜΙΣΘΩΤΩΝ
Σατωβριάνδου 18
104 32 - Αθήνα**

www.sate.gr

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 1

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΑΙΤΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΒΟΗΘΗΜΑ ΑΥΤΟΤΕΛΩΣ ΚΑΙ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΩΣ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ ΣΤΟΥΣ
ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥΣ του ε-Ε.Φ.Κ.Α (τέως ΕΤΑΑ)
[ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΣ ΛΟΓΩ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ]

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :							
Ο - Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:	TK:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):			

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις ⁽³⁾, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

- Δεν έχω αναλάβει μισθωτή εργασία και δεν άσκησα οιασδήποτε άλλης μορφής απασχόληση. Έλαβα γνώση ότι για την περίοδο για την οποία θα εισπράττω το παρόν βοήθημα δεν πρέπει να έχω παράλληλη απασχόληση, οποιασδήποτε μορφής, από την οποία θα εισπράξω αμοιβή. Αν αναλάβω εργασία **οφείλω να ενημερώσω εντός οκτώ (8) εργάσιμων ημερών** την αρμόδια Υπηρεσία του Οργανισμού.
- Δεν αυτοαπασχολούμαι, δεν έχω αυτοασφαλιστεί ούτε έχω υπαχθεί στην υποχρεωτική ή την προαιρετική ασφάλιση του ΕΦΚΑ ή άλλου φορέα κύριας ασφάλισης της ημεδαπής ή της αλλοδαπής, μετά τη διακοπή του επαγγέλματος ή της ιδιότητάς μου.
- Δεν έχω μεταβιβάσει στο/η σύζυγο ή σε πρόσωπο α' και β' βαθμού συγγένειας την επιχείρησή μου ή το μερίδιό μου ή τις μετοχές μου στην επιχείρηση στην οποία ανήκα.
- Δεν λαμβάνω σύνταξη ή δεν έχω υποβάλει αίτηση για συνταξιοδότηση από τον ΕΦΚΑ ή άλλο φορέα κύριας ασφάλισης της ημεδαπής ή της αλλοδαπής, εκτός των περιπτώσεων συνταξιοδότησης ή υποβολής αίτησης για συνταξιοδότηση λόγω θανάτου. Αν υποβάλω αίτηση συνταξιοδότησης σύμφωνα με τα ανωτέρω, **οφείλω να ενημερώσω εντός οκτώ (8) εργάσιμων ημερών** την αρμόδια Υπηρεσία του Οργανισμού, προσκομίζοντας και τα απαιτούμενα δικαιολογητικά, προκειμένου να **διακοπεί** η επιδότησή μου.
- Υποχρεούμαι σε περίπτωση αλλαγής του τόπου κατοικίας ή διαμονής, να το δηλώσω στην αρμόδια Υπηρεσία.
- Επιθυμώ να καταστώ δικαιούχος του παρόντος βοηθήματος ως ασφαλισμένος του τέως Τομέα του ΕΤΑΑ.....(*)
- Δεν έχω υποβάλει δήλωση έναρξης εργασιών σε οποιαδήποτε Δ.Ο.Υ.
- Δεν συμμετέχω σε νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου οποιασδήποτε νομικής μορφής ή ένωσης προσώπων.
- Έλαβα γνώση για τα παρακάτω:**

I. Για τις γενικές προϋποθέσεις του βοηθήματος ανεργίας αυτοτελώς και ανεξαρτήτως απασχολούμενων του ε-ΕΦΚΑ (τ. ΕΤΑΑ) ή και τους λόγους αναστολής ή διακοπής αυτής.

II. Για την υποχρέωσή μου να προσέρχομαι στην Υπηρεσία σε προκαθορισμένα χρονικά διαστήματα, είτε έχει εγκριθεί ή καταβολή του βοηθήματος είτε όχι, τα οποία θα μου γνωστοποιήσει η Υπηρεσία κατά την πρώτη αυτοπρόσωπη προσέλευσή μου σε αυτήν. Σε περίπτωση μη προσέλευσής μου σε ένα διάστημα αυτοπρόσωπης υποχρεωτικής παρουσίας θα στερηθώ το επίδομα που αντιστοιχεί στον μήνα αυτό. Σε περίπτωση μη προσέλευσής μου σε δύο συνεχόμενα διαστήματα υποχρεωτικής παρουσίας, η επιδότησή μου θα **διακοπεί** από την πρώτη ημέρα του βοηθήματος που αντιστοιχεί στο πρώτο διάστημα υποχρεωτικής παρουσίας.

III. Για το χρονικό διάστημα της πρώτης υποχρεωτικής προσέλευσής μου στην Υπηρεσία θα ενημερωθώ με την υποβολή της αίτησής μου

IV. Κάθε φορά που θα με καλεί η Υπηρεσία, υποχρεούμαι να παρουσιαστώ μέσα στην προθεσμία που ορίζει και να προσκομίσω οποιοδήποτε στοιχείο αφορά στην καταβολή του βοηθήματός μου είτε κατά τη διάρκεια αυτής είτε και μετά τη λήξη της.

V. Στην περίπτωση που δεν είναι εφικτό να αναζητηθούν αυτεπάγγελτα οι πληροφορίες για την επεξεργασία της αίτησής μου, θα προσκομίσω οποιοδήποτε δικαιολογητικό τυχόν μου ζητηθεί από το αρμόδιο ΚΠΑ2 του ΟΑΕΔ.

VI. Αν καταστώ προσωρινά ανίκανος για εργασία (λόγω ασθένειας) ή συνταξιοδοτηθώ προσωρινά λόγω αναπηρίας ή υποστώ διοικητική κράτηση ή φυλάκιση ή στρατευτώ ή ξεκινήσω πρακτική άσκηση ή μεταβώ στο εξωτερικό για περισσότερες από 20 σποραδικές ή συνεχόμενες ημέρες κατά τη διάρκεια ενός έτους ή για περισσότερες από 20 συνεχόμενες ημέρες κατά τη διάρκεια δύο διαδοχικών ετών, οφείλω να ενημερώσω εντός οκτώ (8) εργάσιμων ημερών και οπωσδήποτε πριν από τη λήξη του μήνα επιδότησης την αρμόδια Υπηρεσία του Οργανισμού, προκειμένου να ανασταλεί η επιδότησή μου, όπως ορίζει ο νόμος. Μετά την άρση του λόγου αναστολής και για να συνεχιστεί η επιδότησή μου, οφείλω να παρουσιαστώ και να υποβάλω σχετική αίτηση στην αρμόδια Υπηρεσία του Οργανισμού το αργότερο εντός διετίας από την ημερομηνία έγκρισης της αρχικής επιδότησης.

VII. Αν ξεκινήσω πρόγραμμα επαγγελματικής κατάρτισης, οφείλω να ενημερώσω την Υπηρεσία του ΟΑΕΔ το αργότερο εντός δέκα (10) ημερών μετά την πρώτη ανανέωση του δελτίου ανεργίας από την έναρξη του προγράμματος ή κατά την πρώτη μετά την έναρξη του προγράμματος αυτοπρόσωπη παρουσία μου στην αρμόδια Υπηρεσία ΚΠΑ2**.

Ημερομηνία:/...../20.....

Ο – Η Δηλ...

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

(*) **Ο αιτών επιλέγει τον τώως Τομέα του ΕΤΑΑ (τ. ΤΣΜΕΔΕ, τ. ΤΣΑΥ, τ. ΤΟΜΕΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΝΟΜΙΚΩΝ) από τον οποίο θα λάβει το βοήθημα (σχετ. Κεφ. Γ παρ. 4α της αριθμ.65698/1-10-2018 Εγκυκλίου).**

(**) **Αφορά αποκλειστικά σε όσους έχουν επιλέξει να εγγραφούν στα μητρώα του ΟΑΕΔ ως άνεργοι.**

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 2

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ - ΜΗΝΑΣ ΑΥΤΟΠΡΟΣΩΠΗΣ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :							
Ο - Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:			Τηλ:				
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:	TK:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):			Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):				

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις ⁽³⁾, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι **έχω λάβει γνώση των χρονικών διαστημάτων αυτοπρόσωπης υποχρεωτικής παρουσίας μου** και ότι **κατά το τρίμηνο που προηγήθηκε:**

- Δεν ανέλαβα μισθωτή εργασία και δεν αυτοαπασχολούμαι, στην ημεδαπή ή την αλλοδαπή [εκτός αν το βοήθημα χορηγείται βάσει εισοδηματικού κριτηρίου], καθώς και άσκηση οποιασδήποτε άλλης μορφής απασχόλησης.
- Δεν συνέτρεξε λόγος **αναστολής** της επιδότησής μου, για τον οποίο όφειλα να έχω ενημερώσει την Υπηρεσία, δηλ.:
 - δεν έχω υπαχθεί στην υποχρεωτική ή προαιρετική ασφάλιση του ε-Ε.Φ.Κ.Α ή άλλου φορέα κύριας ασφάλισης της ημεδαπής ή της αλλοδαπής.
 - Δεν έχω λάβει σύνταξη από τον ε-Ε.Φ.Κ.Α ή από οποιονδήποτε φορέα κύριας ασφάλισης της ημεδαπής ή της αλλοδαπής ή και δεν έχω υποβάλει αίτηση για συνταξιοδότηση στους ανωτέρω φορείς (εκτός των περιπτώσεων συνταξιοδότησης ή υποβολής αίτησης για τη συνταξιοδότηση λόγω θανάτου).
 - δεν έληξε σε χρόνο προγενέστερο της επιδότησης η άδεια διαμονής ή εργασίας που διαθέτω (για πολίτες τρίτων χωρών).
 - δεν κατέστην προσωρινά ανίκανος για εργασία (λόγω ασθένειας)
 - δεν συνταξιοδοτήθηκα προσωρινά λόγω αναπηρίας
 - δεν υπέστην διοικητική κράτηση ή φυλάκιση
 - δεν στρατεύθηκα
 - δεν ξεκίνησα πρόγραμμα επαγγελματικής κατάρτισης*
 - δεν ξεκίνησα πρακτική άσκηση
 - δεν μετέβην στο εξωτερικό για περισσότερες από 20 σποραδικές ή συνεχόμενες ημέρες κατά τη διάρκεια ενός έτους ή για περισσότερες από 20 συνεχόμενες ημέρες κατά τη διάρκεια δύο διαδοχικών ετών.
- Δεν συνέτρεξε λόγος **διακοπής**, της επιδότησής μου, για τον οποίο όφειλα να έχω ενημερώσει την Υπηρεσία, δηλ.:
 - δεν έλαβα σύνταξη από τον ε-Ε.Φ.Κ.Α ή από οποιονδήποτε φορέα κύριας ασφάλισης της ημεδαπής ή της αλλοδαπής ή δεν υπέβαλα αίτηση για συνταξιοδότηση στους ανωτέρω φορείς (εκτός των περιπτώσεων συνταξιοδότησης ή υποβολής αίτησης για τη συνταξιοδότηση λόγω θανάτου)
 - δεν έλαβα παροχή τύπου σύνταξης από ασφαλιστικό Οργανισμό του Δημοσίου
 - δεν κατέστην οριστικά ανίκανος για εργασία.

(*) **Αφορά αποκλειστικά σε όσους έχουν επιλέξει να εγγραφούν στα μητρώα του ΟΑΕΔ ως άνεργοι.**

Ημερομηνία:/...../20.....

Ο - Η Δηλ...

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.»

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 3

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΑΙΤΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΒΟΗΘΗΜΑ ΑΥΤΟΤΕΛΩΣ ΚΑΙ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΩΣ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ ΣΤΟΥΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥΣ του e-Ε.Φ.Κ.Α (τέως ΕΤΑΑ)

[ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΣ ΛΟΓΩ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΙΚΟΥ ΚΡΙΤΗΡΙΟΥ]

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :							
Ο - Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:	ΤΚ:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):			

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις ⁽³⁾, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

- Δεν έχω αναλάβει μισθωτή εργασία και αν αυτό συμβεί κατά την περίοδο που θα εισπράττω το παρόν βοήθημα **οφείλω να ενημερώσω εντός οκτώ (8) εργάσιμων ημερών** την αρμόδια Υπηρεσία του Οργανισμού.
- Αν ασκήσω επαγγελματική δραστηριότητα κατά την περίοδο που θα εισπράττω το παρόν βοήθημα, οφείλω να προσκομίσω **άμεσα** στην αρμόδια Υπηρεσία του Οργανισμού τα σχετικά δελτία παροχής υπηρεσιών ή τα σχετικά τιμολόγια καθώς και φ/α των συναφών δηλώσεων ΦΠΑ, προκειμένου να πραγματοποιηθεί ο συμψηφισμός των αντίστοιχων καθαρών εισοδημάτων σύμφωνα με τη σχετική Υπουργική Απόφαση.
- Δεν λαμβάνω σύνταξη ή δεν έχω υποβάλει αίτηση για συνταξιοδότηση από τον ΕΦΚΑ ή άλλο φορέα κύριας ασφάλισης της ημεδαπής ή της αλλοδαπής, εκτός των περιπτώσεων συνταξιοδότησης ή υποβολής αίτησης για συνταξιοδότηση λόγω θανάτου. Αν υποβάλω αίτηση συνταξιοδότησης σύμφωνα με τα ανωτέρω, **οφείλω να ενημερώσω εντός οκτώ (8) εργάσιμων ημερών** την αρμόδια Υπηρεσία του Οργανισμού, προσκομίζοντας και τα απαιτούμενα δικαιολογητικά, προκειμένου να **διακοπεί** η επιδότησή μου.
- Υποχρεούμαι σε περίπτωση αλλαγής του τόπου κατοικίας ή διαμονής, να το δηλώσω στην αρμόδια Υπηρεσία.
- Επιθυμώ να καταστώ δικαιούχος του παρόντος βοηθήματος ως ασφαλισμένος του τέως Τομέα του ΕΤΑΑ.....(**)

Ημερομηνία:/...../20.....

Ο - Η Δηλ...

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.»

(*) **ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΑ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟ** βάσει της προϋπόθεσης που περιγράφεται στο **Κεφ. Α' παρ. 1β** της αριθμ.65698/1-10-2018 Εγκυκλίου (εισοδηματικό κριτήριο), **ΚΑΙ ΤΟ ΣΤΟΙΧΕΙΟ <5.> ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΜΟΝΟ ΜΕ ΤΗΝ ΑΡΧΙΚΗ ΑΙΤΗΣΗ.**

(**) **Ο αιτών επιλέγει τον τέως Τομέα του ΕΤΑΑ (τ. ΤΣΜΕΔΕ, τ. ΤΣΑΥ, τ. ΤΟΜΕΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΝΟΜΙΚΩΝ) από τον οποίο θα λάβει το βοήθημα (σχετ. Κεφ. Γ παρ. 4α της αριθμ.65698/1-10-2018 Εγκυκλίου).**