



## ΑΙΤΗΣΗ ΟΙΚΙΑΚΩΝ ΠΕΛΑΤΩΝ ΓΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΕΙΔΙΚΗΣ ΟΙΚΙΑΚΗΣ ΔΙΑΤΙΜΗΣΗΣ ΓΙΑ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΕΥΑΛΩΤΩΝ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΩΝ ΜΕ ΚΩΔΙΚΑ 08

Στοιχεία Αιτητή / Πελάτη		
Όνοματεπώνυμο πελάτη ΑΗΚ:		
Αριθμός δελτίου ταυτότητας πελάτη ΑΗΚ:		
Αριθμός λογαριασμού ΑΗΚ:		
Διεύθυνση υποστατικού:		
Ταχ. Κώδικας:	Πόλη:	
Ταχυδρομική διεύθυνση πελάτη ΑΗΚ:		
Ταχ. Θυρίδα:	Ταχ. Κώδικας:	Πόλη:
Στοιχεία Δικαιούχου Διατίμησης με Κώδικα 08		
Παρακαλώ απαντήστε στις πιο κάτω ερωτήσεις απαλείφοντας ότι δεν εφαρμόζεται και συμπληρώστε τα απαραίτητα στοιχεία		
<p><b>Α.</b> Είστε <b>πολύτεκνη / πενταμελής οικογένεια</b> που παίρνει <b>Επίδομα Τέκνου</b> από την Υπηρεσία Διαχείρισης Επιδομάτων Πρόνοιας του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων για τρία εξαρτώμενα παιδιά<sup>(1)</sup> και πάνω; ΝΑΙ / ΟΧΙ</p> <p>Εάν ΝΑΙ, παρακαλώ συμπληρώστε τα πιο κάτω:</p>		
Όνοματεπώνυμο δικαιούχου επιδόματος:		
Αριθμός δελτίου ταυτότητας δικαιούχου επιδόματος:		
Αριθμός εξαρτώμενων παιδιών:		
Το ετήσιο μεικτό οικογενειακό μου εισόδημα είναι € _____ για το έτος		
<sup>(1)</sup> Εξαρτώμενα παιδιά σύμφωνα με τη νομοθεσία της Υπηρεσίας Διαχείρισης Επιδομάτων Πρόνοιας του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.		
<p><b>Β.</b> Είστε <b>λήπτης Δημοσίου Βοηθήματος</b> από τις Υπηρεσίες Κοινωνικής Ευημερίας του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων; ΝΑΙ / ΟΧΙ</p> <p>Εάν ΝΑΙ, παρακαλώ συμπληρώστε τα πιο κάτω:</p>		
Όνοματεπώνυμο δικαιούχου επιδόματος:		
Αριθμός δελτίου ταυτότητας δικαιούχου επιδόματος:		
<p><b>Γ.</b> Είστε <b>δικαιούχος Ελάχιστου Εγγυημένου Εισοδήματος</b> που παρέχεται από την Υπηρεσία Διαχείρισης Επιδομάτων Πρόνοιας του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων; ΝΑΙ / ΟΧΙ</p> <p>Εάν ΝΑΙ, παρακαλώ συμπληρώστε τα πιο κάτω:</p>		
Όνοματεπώνυμο δικαιούχου επιδόματος:		
Αριθμός δελτίου ταυτότητας δικαιούχου επιδόματος:		
<p><b>Δ.</b> Είστε <b>λήπτης Επιδόματος Βαρίας Κινητικής Αναπηρίας</b> από το Τμήμα Κοινωνικής Ενσωμάτωσης Ατόμων με Αναπηρίες του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων; ΝΑΙ / ΟΧΙ</p> <p>Εάν ΝΑΙ, παρακαλώ συμπληρώστε τα πιο κάτω:</p>		
Όνοματεπώνυμο δικαιούχου επιδόματος:		
Αριθμός δελτίου ταυτότητας δικαιούχου επιδόματος:		

<p><b>Ε.</b> Είστε <b>λήπτης Επιδόματος Φροντίδας σε Τετραπληγικά Άτομα</b> από το Τμήμα Κοινωνικής Ενσωμάτωσης Ατόμων με Αναπηρίες του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων; <b>ΝΑΙ / ΟΧΙ</b></p> <p>Εάν <b>ΝΑΙ</b>, παρακαλώ συμπληρώστε τα πιο κάτω:</p>
<p>Όνοματεπώνυμο δικαιούχου επιδόματος:</p>
<p>Αριθμός δελτίου ταυτότητας δικαιούχου επιδόματος:</p>
<p><b>Στ.</b> Είστε <b>λήπτης Επιδόματος Φροντίδας σε Παραπληγικά Άτομα</b> από το Τμήμα Κοινωνικής Ενσωμάτωσης Ατόμων με Αναπηρίες του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων; <b>ΝΑΙ / ΟΧΙ</b></p> <p>Εάν <b>ΝΑΙ</b>, παρακαλώ συμπληρώστε τα πιο κάτω:</p>
<p>Όνοματεπώνυμο δικαιούχου επιδόματος:</p>
<p>Αριθμός δελτίου ταυτότητας δικαιούχου επιδόματος:</p>
<p><b>Ζ.</b> Είστε <b>αιμοκαθαιρόμενος νεφροπαθής</b> που λαμβάνει <b>Επίδομα Διακίνησης</b> από το Τμήμα Κοινωνικής Ενσωμάτωσης Ατόμων με Αναπηρίες του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων; <b>ΝΑΙ / ΟΧΙ</b></p> <p>Εάν <b>ΝΑΙ</b>, παρακαλώ συμπληρώστε τα πιο κάτω:</p>
<p>Όνοματεπώνυμο δικαιούχου επιδόματος:</p>
<p>Αριθμός δελτίου ταυτότητας δικαιούχου επιδόματος:</p>
<p><b>Η.</b> Είστε άτομο που πάσχει από <b>πολλαπλή σκλήρυνση</b> (κατά πλάκα σκλήρυνση) και είστε εγγεγραμμένο μέλος στον Παγκύπριο Σύνδεσμο Πολλαπλής Σκλήρυνσης; <b>ΝΑΙ / ΟΧΙ</b></p> <p>Εάν <b>ΝΑΙ</b>, παρακαλώ συμπληρώστε τα πιο κάτω:</p>
<p>Όνοματεπώνυμο δικαιούχου ατόμου:</p>
<p>Αριθμός δελτίου ταυτότητας δικαιούχου ατόμου:</p>
<p>Εάν ο δικαιούχος που ανήκει σε μια ή περισσότερες από τις πιο πάνω κατηγορίες ευάλωτων καταναλωτών Α - Η, δεν είμαι εγώ ο ίδιος ο αιτητής που ζητώ την εφαρμογή της ειδικής οικιακής διατίμησης για συγκεκριμένες κατηγορίες ευάλωτων καταναλωτών με κώδικα 08 στο υποστατικό μου, επιβεβαιώνω ότι ο εν λόγω δικαιούχος διαμένει μαζί μου στο υποστατικό μου.</p>
<p>Με βάση το Άρθρο 11 του Νόμου 2001 Ν.138(Ι)/2001, η ΑΗΚ για έλεγχο των πληροφοριών που αναγράφονται στην αίτησή σας, θα συλλέξει στοιχεία από τρεις Υπηρεσίες του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, την Υπηρεσία Διαχείρισης Επιδομάτων Πρόνοιας, τις Υπηρεσίες Κοινωνικής Ευημερίας και το Τμήμα Κοινωνικής Ενσωμάτωσης Ατόμων με Αναπηρίες και από τον Παγκύπριο Σύνδεσμο Πολλαπλής Σκλήρυνσης.</p>
<p><b>Υπεύθυνη Δήλωση</b></p>
<p>Εγώ ο/η.....  και κάτωθι υπογεγραμμένος/η δηλώνω, γνωρίζοντας τις συνέπειες του νόμου για ψευδή δήλωση, ότι οι πληροφορίες που δίνονται στην παρούσα αίτηση είναι αληθείς, ακριβείς και πλήρεις και ότι σε περίπτωση που υπάρχει οποιαδήποτε αλλαγή/τροποποίηση στα ανωτέρω που δεν θα με καθιστά δικαιούχο της εφαρμογής της ειδικής οικιακής διατίμησης για συγκεκριμένες κατηγορίες ευάλωτων καταναλωτών με κώδικα 08*, θα ειδοποιήσω αμέσως την ΑΗΚ για χρέωση της παροχής ηλεκτρικής ενέργειας στο υποστατικό μου με άλλη οικιακή διατίμηση που δικαιούμαι.</p>

\* Η ειδική οικιακή διατίμηση για συγκεκριμένες κατηγορίες ευάλωτων καταναλωτών με κώδικα 08 ισχύει για κάθε μία από τις πιο κάτω κατηγορίες πελατών νοουμένου ότι είναι Κύπριοι πολίτες ή πολίτες άλλου Κράτους Μέλους ή Κράτους του Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου ή όσοι έχουν ίδια δικαιώματα με τους πιο πάνω, οι οποίοι διαμένουν νόμιμα στις περιοχές που ελέγχονται από την Κυπριακή Δημοκρατία:

1. (α) Πολύτεκνη ή πενταμελής οικογένεια που παίρνει Επίδομα Τέκνου από την Υπηρεσία Διαχείρισης Επιδομάτων Πρόνοιας του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων για τρία εξαρτώμενα παιδιά και πάνω και με ετήσιο μεικτό οικογενειακό εισόδημα μέχρι €51.258.  
(β) Το εισοδηματικό κριτήριο των €51.258 για το ετήσιο μεικτό οικογενειακό εισόδημα αυξάνεται κλιμακωτά κατά €5.126 για κάθε πρόσθετο παιδί πέραν των τεσσάρων.
2. Λήπτες Δημοσίου Βοηθήματος από τις Υπηρεσίες Κοινωνικής Ευημερίας του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.
3. Δικαιούχοι Ελάχιστου Εγγυημένου Εισοδήματος που παρέχεται από την Υπηρεσία Διαχείρισης Επιδομάτων Πρόνοιας του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.
4. Λήπτες Επιδόματος Βαριάς Κινητικής Αναπηρίας από το Τμήμα Κοινωνικής Ενσωμάτωσης Ατόμων με Αναπηρίες του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.
5. Λήπτες Επιδόματος Φροντίδας σε Τετραπληγικά Άτομα από το Τμήμα Κοινωνικής Ενσωμάτωσης Ατόμων με Αναπηρίες του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.
6. Λήπτες Επιδόματος Φροντίδας σε Παραπληγικά Άτομα από το Τμήμα Κοινωνικής Ενσωμάτωσης Ατόμων με Αναπηρίες του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.
7. Αιμοκαθαιρόμενοι νεφροπαθείς οι οποίοι λαμβάνουν Επίδομα Διακίνησης από το Τμήμα Κοινωνικής Ενσωμάτωσης Ατόμων με Αναπηρίες του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.
8. Άτομα που πάσχουν από πολλαπλή σκλήρυνση (κατά πλάκα σκλήρυνση) που είναι εγγεγραμμένα μέλη στον Παγκύπριο Σύνδεσμο Πολλαπλής Σκλήρυνσης.

Υπογραφή:	Ημερομηνία:	
Τηλέφωνο οικίας:	Τηλέφωνο εργασίας:	Κινητό: