Προς το

ΤΑΜΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

ΕΘΝΙΚΗΣ ΤΡΑΠΕΖΑΣ

Δ/ΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ & ΜΕΡΙΜΝΑΣ

##### ΑΙΤΗΣΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ

##### ΟΙΚΙΑΚΗΣ ΒΟΗΘΟΥ

###### Στοιχεία άμεσου μέλους:

# ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: \_\_\_\_\_\_

Α.Μ. ΤΥΠΕΤ: ΚΑΤ/ΜΑ:

ΤΗΛ. ΚΑΤ/ΤΟΣ: ΤΗΛ. ΔΙKTYOY:

### ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:

### ΤΗΛ. ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: ΚΙΝΗΤΟ:

###### Στοιχεία έμμεσου μέλους:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Α.Μ. ΠΑΙΔΙΟΥ | ΟΝΟΜ/ΜΟ ΠΑΙΔΙΟΥ | ΗΜ. ΓΕΝ. ΠΑΙΔΙΟΥ |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ:** ( αφορά μόνο άνδρες - άμεσα μέλη)

### Σε περίπτωση που η σύζυγος εργάζεται στην Ε.Τ.Ε. να συμπληρωθούν τα παρακάτω στοιχεία:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ | Α.Μ. ΤΥΠΕΤ | ΚΑΤΑΣΤΗΜΑ |
|  |  |  |

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΟΙΚΙΑΚΗΣ ΒΟΗΘΟΥ:

Ημερομηνία έναρξης απασχόλησης :

 Ο / Η Α Ι Τ…..

 Υ Π Ο Γ Ρ Α Φ Η

## ΠΡΟΣΟΧH: Αφορά σε παιδιά ηλικίας μέχρι 4 ετών

1. Η αίτηση συμπληρώνεται από τον γονέα που εργάζεται στην Ε.Τ.Ε. και ασφαλίζει το παιδί στο Τ.Υ.Π.Ε.Τ.
2. ***Για την εργαζόμενη εκτός Ε.Τ.Ε. σύζυγο υποβάλλεται συνημμένα, ως αποδεικτικό εργασίας, βεβαίωση εργοδότη με αναγραφή ημερομηνίας πρόσληψης και συνοδευτική επικυρωμένη φωτοτυπία πρόσφατων ενσήμων ή βεβαίωση Ασφαλιστικού ή άλλου Οργανισμού όταν αυτή αποτελεί το μοναδικό αποδεικτικό στοιχείο. Συνημμένα υποβάλλεται επίσης υπεύθυνη δήλωση του Ν 1599/1986, ότι σε περίπτωση διακοπής της εργασίας θα ενημερώνεται εγγράφως το Γραφείο Βρεφονηπιακών του Τ.Υ.Π.Ε.Τ.***
3. *Το επίδομα Οικιακής Βοηθού χορηγείται μόνο σε περιοχές όπου δεν λειτουργεί δημόσιος, δημοτικός ή ιδιωτικός σταθμός.*