



**ΕΝΤΥΠΟ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΒΡΕΦΟΝΗΠΙΑΚΟΥΣ ΣΤΑΘΜΟΥΣ ΚΑΙ ΝΗΠΙΑΓΩΓΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΣΧΟΛΙΚΟ ΕΤΟΣ 2024-2025  
ΣΤΟ ΣΧΕΔΙΟ ΕΠΙΔΟΤΗΣΗΣ ΔΙΔΑΚΤΡΩΝ ΚΑΙ ΣΙΤΙΣΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΗΛΙΚΙΑΣ ΜΕΧΡΙ 4<sup>ΩΝ</sup> ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΤΟ ΝΕΟ ΣΧΕΔΙΟ  
ΕΠΙΔΟΤΗΣΗΣ ΔΙΔΑΚΤΡΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΗΛΙΚΙΑΣ ΑΠΟ 4<sup>ΩΝ</sup> ΕΤΩΝ ΜΕΧΡΙ ΤΟΥ ΟΡΙΟΥ ΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΤΗΣ ΔΩΡΕΑΝ  
ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ**

Αριθμός Μητρώου Εργοδότη:	_____ / _____ / _____
Παρακαλώ συμπληρώστε τουλάχιστο το ένα από τα δύο πιο κάτω πεδία "Αρ. Απόδειξης πληρωμής εισφορών" ή "Ημερομηνία πρώτης εγγραφής στις ΥΚΑ" για σκοπούς ταυτοποίησης σας	
Αρ. Απόδειξης πληρωμής εισφορών στο Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων (εντός των τελευταίων 3 χρόνων)	
Ημερομηνία πρώτης εγγραφής στις Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων	____ / ____ / ____ (DD/MM/YYYY)
Πληροφορίες Αιτητή (οι ακόλουθες πληροφορίες θα χρησιμοποιηθούν για τους σκοπούς της δήλωσης συμμετοχής στο Σχέδιο ως πάροχος και τη σχετική σύμβαση που θα υπογραφεί) <b>Απαραίτητο να επισυναφθεί το πιστοποιητικό εγγραφής από τις ΥΚΕ/ΥΠΑΝ.</b>	
Όνομα Επιχείρησης / Εργοδότη (όπως είναι δηλωμένο στις Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων)	
Επωνυμία Νηπιαγωγείου / Βρεφονηπιακού Σταθμού (Το όνομα με το οποίο οι γονείς γνωρίζουν τον σταθμό)	
Τηλέφωνο Σταθμού:	
Ταχυδρομική διεύθυνση Σταθμού:	
Διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου Σταθμού:	
Απαιτείται όπως στα πιο κάτω πεδία να δηλωθεί η προσωπική ηλεκτρονική διεύθυνση και το κινητό τηλέφωνο του <b>διευθυντή / διευθύντριας</b> του κάθε βρεφονηπιακού σταθμού/νηπιαγωγείου ως το αρμόδιο άτομο επικοινωνίας με την Υπηρεσία Διαχείρισης Επιδομάτων Πρόνοιας.	
Κινητό Τηλέφωνο:	
Διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου:	
Ονοματεπώνυμο διευθυντή σταθμού:	
<b>Πληροφορίες λειτουργίας Σταθμού</b>	
Ωράριο λειτουργίας σταθμού: (Παρακαλώ δηλώστε τις ώρες λειτουργίας του σταθμού κατά τα σχολικά έτη)	Σχολικό έτος <b>2024-2025</b> Από _____ Μέχρι _____ Σχολικό έτος <b>2023-2024</b> Από _____ Μέχρι _____
Μέρες λειτουργίας σταθμού: (Παρακαλώ δηλώστε ποιες μέρες της εβδομάδας λειτουργεί ο σταθμός π.χ. Δευτέρα – Παρασκευή ή Σάββατο)	Από _____ Μέχρι _____

<b>Παροχή υπηρεσιών ειδικής εκπαίδευσης</b> (Παρακαλώ δηλώστε εάν παρέχετε ειδική εκπαίδευση και τι είδους υπηρεσίες ειδικής εκπαίδευσης παρέχετε π.χ. λογοθεραπεία, εργοθεραπεία, αποδοχή παιδιών με αυτισμό, παροχή ειδικής εκπαίδευσης για άλλες ιατρικές ανάγκες κ.α.)					
<b>Λειτουργία κατά τους καλοκαιρινούς μήνες</b> (Παρακαλώ δηλώστε τις μέρες που θα είναι <u>κλειστός</u> ο σταθμός κατά τους θερινούς μήνες)		Ημερομηνίες: Από _____ Μέχρι _____			
<b>Λειτουργία του Σταθμού καθ' όλη τη διάρκεια του έτους</b> (Παρακαλώ δηλώστε κατά πόσο ο σταθμός σας λειτουργεί ως Καλοκαιρινό /Χριστουγεννιάτικο /Πασχαλινό Σχολείο, με επιπλέον χρέωση όπου εφαρμόζεται).					
<b>Καλοκαιρινό Σχολείο</b> (Παρακαλώ δηλώστε <u>μόνο</u> σε περίπτωση που το σχολείο θα λειτουργεί με διαφορετικό ωράριο και διαφορετικές χρεώσεις)		Ημερομηνίες: Από _____ Μέχρι _____ Ωράριο: Από _____ Μέχρι _____ Χρέωση: € _____ εβδομάδα			
<b>Χριστουγεννιάτικο Σχολείο</b> (Παρακαλώ δηλώστε <u>μόνο</u> σε περίπτωση που το σχολείο θα λειτουργεί με διαφορετικό ωράριο και διαφορετικές χρεώσεις)		Ημερομηνίες: Από _____ Μέχρι _____ Ωράριο: Από _____ Μέχρι _____ Χρέωση: € _____ εβδομάδα			
<b>Πασχαλινό Σχολείο</b> (Παρακαλώ δηλώστε <u>μόνο</u> σε περίπτωση που το σχολείο θα λειτουργεί με διαφορετικό ωράριο και διαφορετικές χρεώσεις)		Ημερομηνίες: Από _____ Μέχρι _____ Ωράριο: Από _____ Μέχρι _____ Χρέωση: € _____ εβδομάδα			
<b>Τάξεις και μηνιαία δίδακτρα</b> Παρακαλώ συμπληρώστε πιο κάτω σε ξεχωριστή γραμμή το κάθε τμήμα/ τάξη/ πρόγραμμα που προσφέρεται από την επιχείρησή σας ανάλογα με την ηλικία των παιδιών που εξυπηρετούνται και τα αντίστοιχα <u>μηνιαία δίδακτρα</u> ανά μαθητή για το ερχόμενο σχολικό έτος 2024-2025 και για τα τρία προηγούμενα έτη 2023-2024, 2022-2023 και 2021-2022). Στη τιμή να <u>μην</u> συμπεριληφθεί το κόστος σίτισης ή οποιασδήποτε επιπλέον δραστηριότητες. Εάν δεν είναι αρκετός ο πιο κάτω χώρος για τη συμπλήρωσή τους, μπορείτε να συμπληρώσετε και νέο έντυπο ως συνέχεια αυτού. <u>Απαραίτητο να επισυναφθεί με την αίτηση και σχετικός τιμοκατάλογος για τα πιο κάτω έτη.</u>					
<b>Όνομα Τάξης</b> (Συμπληρώστε με ελληνικούς χαρακτήρες συνοπτικό όνομα της τάξης π.χ. βρεφικό, νήπια 2-3 κ.ο.κ.)	<b>Ηλικία παιδιών</b> (Συμπληρώστε αριθμητικά, σε έτη και μήνες, την ελάχιστη και μέγιστη ηλικία των παιδιών στη συγκεκριμένη τάξη, π.χ. από 0 ετών μέχρι 4 6/12 ετών)	<b>Μηνιαία Δίδακτρα – σχολικό έτος 2024-2025</b> (Σε ευρώ χωρίς σεντς)	<b>Μηνιαία Δίδακτρα-σχολικό έτος 2023-2024<sup>1</sup></b> (Σε ευρώ χωρίς σεντς)	<b>Μηνιαία Δίδακτρα-σχολικό έτος 2022-2023<sup>1</sup></b> (Σε ευρώ χωρίς σεντς)	<b>Μηνιαία Δίδακτρα-σχολικό έτος 2022-2021<sup>1</sup></b> (Σε ευρώ χωρίς σεντς)

<sup>1</sup> Αν η συγκεκριμένη ηλικιακή κατηγορία δημιουργείται για πρώτη φορά, να παραμείνει κενό και θα ζητηθούν περαιτέρω πληροφορίες από τους αρμόδιους λειτουργούς.

<b>Κόστος Σίτισης</b> (Σε περίπτωση που προσφέρεται σίτιση στους μαθητές σας, παρακαλώ συμπληρώστε το κόστος σίτισης ανά μαθητή για ολόκληρο το μήνα και τι προσφέρεται – πρωινό, μεσημεριανό, απογευματινό, κ.α. – για το ερχόμενο σχολικό έτος 2024-2025. <u>Απαραίτητο να επισυναφθεί με την αίτηση και αναλυτικός τιμοκατάλογος για τα έτη 2024-25, 2023-24, 2022-2023 και 2021-2022.</u>					
<b>Παροχή Σίτισης</b> (Παρακαλώ δηλώστε εάν ο σταθμός παρέχει σίτιση) <b>ΝΑΙ</b> <input type="checkbox"/> <b>ΟΧΙ</b> <input type="checkbox"/> <b>Πρωινό</b> <input type="checkbox"/> <b>Μεσημεριανό</b> <input type="checkbox"/> <b>Απογευματινό</b> <input type="checkbox"/> <b>Άλλο</b> _____			<b>Κόστος σίτισης: €</b> _____ (Σε περίπτωση που δεν χρεώνετε επιπλέον για τη σίτιση και το κόστος της συμπεριλαμβάνεται στα διδάκτρα καταχωρήστε μηδέν)		
<b>IBAN Τραπεζικού Λογαριασμού</b> (Δηλώστε σε ποιον λογαριασμό να γίνεται η καταβολή της επιχορήγησης. Ο λογαριασμός πρέπει να είναι στο όνομά σας, αλλά μπορεί να είναι και κοινός λογαριασμός.) – Ο τραπεζικός λογαριασμός θα πρέπει να είναι στο όνομα του εργοδότη και <b>χρειάζεται να επισυνάπτεται στην αίτηση και σχετική βεβαίωση IBAN από την τράπεζα.</b>					
<b>IBAN Τραπεζικού Λογαριασμού:</b>					

### ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ / ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα πιο πάνω στοιχεία είναι αληθή. Σε περίπτωση ψευδούς δήλωσής μου, γνωρίζω ότι είμαι ένοχος αδικήματος και σε περίπτωση καταδίκης μου υπόκειμαι σε χρηματική ποινή μέχρι €20.000 ή σε φυλάκιση μέχρι δύο (2) χρόνια ή και στις δύο ποινές μαζί.

Εξουσιοδοτώ την Υπηρεσία Διαχείρισης Επιδομάτων Πρόνοιας και το Υφυπουργείο Κοινωνικής Πρόνοιας να επαληθεύσει σε συνεργασία με άλλες αρμόδιες Αρχές της Δημοκρατίας ή του εξωτερικού και με Οργανισμούς/Φορείς/Επιχειρήσεις όσα από τα στοιχεία που περιέχονται στην αίτησή μου κριθεί ότι είναι απαραίτητα και σχετικά με το σκοπό της συλλογής τους.

Εγώ ο/η πιο κάτω, υποβάλλοντας την παρούσα αίτηση ρητά δηλώνω ότι:

1. Δίδω την παρούσα εξουσιοδότηση στα πλαίσια της αίτησης για συμμετοχή στο παρόν Σχέδιο για το σχολικό έτος 2024-25 με βάση τη σχετική Απόφαση Υπουργικού Συμβουλίου ημερ. 08/07/2024.
2. Βεβαιώνω ότι πληρούνται όλοι οι όροι και προϋποθέσεις για συμμετοχή στο παρόν Σχέδιο και ότι είμαι ο κατά νόμο υπεύθυνος για την υποβολή των πιο πάνω στοιχείων.
3. Αντιλαμβάνομαι ότι, οι πιο πάνω πληροφορίες που με αφορούν και η πιο πάνω ενημέρωση προς την Υπηρεσία Διαχείρισης Επιδομάτων Πρόνοιας και το Υφυπουργείο Κοινωνικής Πρόνοιας είναι απολύτως απαραίτητη, ούτως ώστε να καταστεί δυνατή η εξέταση της αίτησης μου.
4. Σε περίπτωση ανάκλησης της εξουσιοδότησης αυτής, υποχρεώνομαι να ενημερώσω αμέσως τον Προϊστάμενο της Υπηρεσίας Διαχείρισης Επιδομάτων Πρόνοιας.

## ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Ενημέρωση που γίνεται με βάση το Κεφάλαιο ΙΙΙ του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και Συμβουλίου της 27<sup>ης</sup> 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 Συμβουλίου της 27<sup>ης</sup> Απριλίου 2016 όπως ισχύει, από τον Υπεύθυνο Επεξεργασίας που είναι η Υπηρεσία Διαχείρισης Επιδομάτων Πρόνοιας / Υφυπουργείο Κοινωνικής Πρόνοιας για σκοπούς εξέτασης της παρούσας αίτησής μου. Αποδέκτες των δεδομένων θα είναι το αρμόδιο προσωπικό της Υπηρεσία Διαχείρισης Επιδομάτων Πρόνοιας / Υφυπουργείο Κοινωνικής Πρόνοιας. Τα προσωπικά δεδομένα που περιλαμβάνονται στα αρχεία που τηρεί η Υπηρεσία Διαχείρισης Επιδομάτων Πρόνοιας / Υφυπουργείο Κοινωνικής Πρόνοιας μπορούν να ανακοινώνονται ή να μεταδίδονται μεταξύ των εμπλεκόμενων κυβερνητικών 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 τα άρθρα 13, 14, 15, 16, 17, 18 και 19 του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27<sup>ης</sup> Απριλίου 2016, για τα οποία μπορώ να απευθυνθώ στον Υπεύθυνο Επεξεργασίας (την Υπηρεσία Διαχείρισης Επιδομάτων Πρόνοιας / Υφυπουργείο Κοινωνικής Πρόνοιας).

**Παρακαλώ όπως υπογραφεί στο σημείο «συμφωνώ με τα πιο πάνω» από το κατά νόμο αρμόδιο πρόσωπο ως ακολούθως:**

- Α. Εάν είναι εταιρεία, από τον διευθυντή της εταιρείας, **με σφραγίδα** της εταιρείας
- Β. Εάν είναι σύνδεσμος / ίδρυμα από τον Πρόεδρο, **με σφραγίδα** του συνδέσμου / ιδρύματος
- Γ. Εάν είναι δημοτική / κοινοτική Αρχή / ΣΚΕ από τον δήμαρχο / κοινοτάρχη / Πρόεδρο ΣΚΕ, **με σφραγίδα**
- Δ. Εάν πρόκειται για αυτοτελώς εργοδοτούμενο, από το ίδιο το πρόσωπο χωρίς σφραγίδα.

---

Ημερομηνία: .....

Όνοματεπώνυμο: .....

Αρ. Δελτίου Ταυτότητας (ή Αριθμός Ευρωπαϊκής Εγγραφής): .....

Ιδιότητα .....

Συμφωνώ με τα πιο πάνω (υπογραφή / σφραγίδα αν χρειάζεται):