

Ε.Ε. Παρ. ΙΙΙ(Ι)
Αρ. 4954, 8.7.2016

Κ.Δ.Π. 213/2016

Αριθμός 213

Ο ΠΕΡΙ ΡΥΘΜΙΣΗΣ ΛΗΞΙΠΡΟΘΕΣΜΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΙΣΦΟΡΩΝ ΝΟΜΟΣ ΤΟΥ 2016

Γνωστοποίηση δυνάμει του άρθρου 6(3)

- | | |
|---|---|
| 76(Ι) του 2016. | Η Υπουργός Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ασκώντας τις εξουσίες που της παρέχει το άρθρο 6(3) του περί Ρύθμισης Ληξιπρόθεσμων Κοινωνικών Εισφορών Νόμου του 2016 γνωστοποιεί τα ακόλουθα: |
| Ερμηνεία. | <p>1. Στην παρούσα γνωστοποίηση-</p> <p>«Νόμος» σημαίνει τον περί Ρύθμισης Ληξιπρόθεσμων Κοινωνικών Εισφορών Νόμο του 2016.</p> <p>«οφειλές» σημαίνει τις ληξιπρόθεσμες εισφορές και το σχετικό με αυτές πρόσθετο τέλος.</p> <p>«ληξιπρόθεσμη εισφορά» σημαίνει κοινωνική εισφορά της οποίας η καθορισμένη από την οικεία νομοθεσία προθεσμία έχει εκπνεύσει.</p> <p>«κοινωνική εισφορά» σημαίνει εισφορά που καταβάλλεται δυνάμει του περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων Νόμου, του περί Ετησίων Αδειών μετ' Απολαβών Νόμου, του περί Τερματισμού Απασχολήσεως Νόμου ή του περί Ταμείου Κοινωνικής Συνοχής Νόμου ή τέλος που καταβάλλεται δυνάμει του άρθρου 20 του περί Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού Νόμου.</p> |
| Έντυπο Δήλωσης Αποδοχής της Εγκριθείσας Ρύθμισης. | <p>2. Ο αιτητής σε περίπτωση καταφατικής απόφασης επί αίτησης υποβάλλει το Έντυπο ΥΚΑ 2-027 που ορίζεται στον Πίνακα 1.</p> |
| Έναρξη ισχύος. | <p>3. Η παρούσα Γνωστοποίηση ισχύει από την ημερομηνία δημοσίευσής της στην Επίσημη Εφημερίδα της Δημοκρατίας.</p> |

Έγινε στις 6 Ιουλίου 2016.

ΓΕΩΡΓΙΑ ΑΙΜΙΛΙΑΝΙΔΟΥ,
Υπουργός Εργασίας, Πρόνοιας
και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1
παράγραφος 2



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ



ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
1465 ΛΕΥΚΩΣΙΑ

Διευθυντή Υπηρεσιών Κοινωνικών Ασφαλίσεων,

Ο περί Ρύθμισης Ληξιπρόθεσμων Κοινωνικών Εισφορών Νόμος του 2016

ΔΗΛΩΣΗ ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΤΗΣ ΕΓΚΡΙΘΕΙΣΑΣ ΡΥΘΜΙΣΗΣ

Εγώ ο(εργοδότης, αυτοτελώς εργαζόμενος, εκπρόσωπος νομικού προσώπου) με αριθμό δελτίου ταυτότητας και Α.Μ.Ε..... αφού έλαβα υπόψη την αναλυτική κατάσταση των οφειλών που μου έχετε αποστείλει και το ύψος της μηνιαίας δόσης, δηλώνω υπεύθυνα ότι την αποδέχομαι.

Υπογραφή:

Σφραγίδα σε περίπτωση νομικού προσώπου:

Ημερομηνία:

(Έντυπο Υ.Κ.Α. 2-027)

ΟΔΗΓΙΕΣ

1. Η δήλωση πρέπει να συμπληρωθεί και να παραδοθεί το αργότερο εντός 15 ημερών από τη λήψη της γνωστοποίησης της απόφασης του Διευθυντή Υπηρεσιών Κοινωνικών Ασφαλίσεων, στις ακόλουθες διευθύνσεις:

Επαρχιακό Γραφείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων Λευκωσία:

- Λεωφόρος Αθαλάσσας 56, 1466, Λευκωσία

Γραφείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων Αγίου Ανδρέα (Λευκωσία):

- Ναυαρίνου 11, 1101, Λευκωσία

Επαρχιακό Γραφείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων Λεμεσού:

- Λεωφόρος Φραγκλίνου Ρούσβελτ 80, 3012 Λεμεσός

Επαρχιακό Γραφείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων Λάρνακας:

- Φίλιου Τσιγαρίδη 1, 6023 Λάρνακα

Επαρχιακό Γραφείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων Πάφου:

- Φιλικής Εταιρείας 1, 8047 Πάφος

Γραφείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων Πόλης Χρυσοχούς

- Αρσινόης και Τιμοχάρη, 8820 Πόλη Χρυσοχούς

Γραφείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων Αμμοχώστου:

- Ελευθερίας 82, 5380 Δερύνεια