



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



ΓΕΝΙΚΟ ΛΟΓΙΣΤΗΡΙΟ
ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ
1441 ΛΕΥΚΩΣΙΑ

ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ ΑΡ. 76

Αρ. Φακ. : 11.06.001.001, 13.28.009, 13.28.021, 05.13.001.002

2 Μαΐου 2024

Γενικό Εισαγγελέα της Δημοκρατίας,
Πρόεδρο Επιτροπής Δημόσιας Υπηρεσίας,
Πρόεδρο Επιτροπής Εκπαιδευτικής Υπηρεσίας,
Γενικό Ελεγκτή,
Επίτροπο Διοικήσεως,
Επίτροπο Εποπτείας (ΓεΣΥ),
Επίτροπο Νομοθεσίας,
Επίτροπο Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα / Επίτροπο Πληροφοριών,
Πρόεδρο Επιτροπής Προστασίας Ανταγωνισμού,
Επίτροπο Προστασίας των Δικαιωμάτων του Παιδιού,
Επίτροπο Διαφάνειας,
Διοικητή Κυπριακής Υπηρεσίας Πληροφοριών,
Γενικούς Διευθυντές Βουλής των Αντιπροσώπων,
Υπουργείων, Υφυπουργείων και Γενικής Διεύθυνσης Ανάπτυξης, Υπουργείο Οικονομικών,
Αρχιπρωτοκολλητή,
Έφορο Εσωτερικού Ελέγχου,
Έφορο Υπηρεσίας Συνεργατικών Εταιρειών,
Πρόεδρο Εφοριακού Συμβουλίου,
Πρόεδρο Αναθεωρητικής Αρχής Προσφορών,
Έφορο Ελέγχου Κρατικών Ενισχύσεων,
Προϊστάμενο Διοίκησης Προεδρίας,
Γραμματέα Υπουργικού Συμβουλίου

Εισφορές κρατικών υπαλλήλων στο Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων, και στο Ταμείο Χηρών και Ορφανών

Συμπλήρωση 400 μηνών υπηρεσίας για σκοπούς εισφορών στο Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων

Αναφέρομαι στο πιο πάνω θέμα και σας πληροφορώ ότι αναφορικά με τους **κρατικούς υπαλλήλους (μόνιμους και εργοδοτούμενους αορίστου χρόνου)**, οι οποίοι συμπληρώνουν 400 μήνες υπηρεσίας σημειώνεται ότι, σύμφωνα με τα άρθρα:-

- 46 του Περί Συντάξεων Νόμου (Ν.97(Ι)/97), και
- 60 του ο περί Επαγγελματικού Σχεδίου Συνταξιοδοτικών Ωφελημάτων των Υπαλλήλων της Κρατικής Υπηρεσίας και του Ευρύτερου Δημόσιου Τομέα περιλαμβανομένων και των Αρχών Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Διατάξεις Γενικής Εφαρμογής) Νόμος του 2022 (Ν. 210(Ι)/2022),

οι εισφορές στο Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων με την συμπλήρωση 400 μηνών υπηρεσίας αυξάνονται **από 4,45% σε 8,8%** .

Ως εκ τούτου, ο υπάλληλος που συμπληρώνει 400 μήνες υπηρεσίας, σύμφωνα με τα πιο πάνω άρθρα καλείται όπως συμπληρώσει το συνημμένο έντυπο «**Δήλωση Συμπλήρωσης 400 μηνών Συντάξιμης Υπηρεσίας**» και αποστέλλει στο Γενικό Λογιστήριο της Δημοκρατίας.

Για διευκόλυνση τόσο των υπαλλήλων που επηρεάζονται, όσο και των οικείων προϊσταμένων, το Γενικό Λογιστήριο της Δημοκρατίας αποστέλλει, με βάση τα στοιχεία που τηρούνται στο μηχανογραφημένο σύστημα μισθολογίου, **ΕΤΗΣΙΕΣ** πληροφοριακές καταστάσεις στις οποίες περιλαμβάνονται οι υπάλληλοι που συμπληρώνουν 400 μήνες υπηρεσίας μέσα στο **έτος**. Τα στοιχεία αυτά θα πρέπει απαραίτητα να βεβαιώνονται από τους οικείους προϊσταμένους σε συνεργασία με τους επηρεαζόμενους υπαλλήλους, ώστε να διορθώνονται λάθη ή παραλείψεις που ενδεχομένως οφείλονται σε λανθασμένα ή/και ελλιπή ιστορικά στοιχεία του μηχανογραφημένου συστήματος μισθολογίου.

Να πληροφορηθεί επίσης ο υπάλληλος ότι σε περίπτωση που δεν ανταποκριθεί εντός ενός μηνός τότε το σχετικό έντυπο θα συμπληρωθεί και υπογραφεί από τον οικείο Προϊστάμενο και θα αποσταλεί στο Γενικό Λογιστήριο της Δημοκρατίας, για τον περαιτέρω έλεγχο και αποκοπή των οφειλόμενων ποσών σε ισόποσες δόσεις όσοι και οι μήνες οφειλής

Συμπλήρωση 400 μηνιαίων εισφορών για σκοπούς μεταβίβασης της σύνταξης

Με την ευκαιρία αυτή υπενθυμίζεται ότι, σύμφωνα με το άρθρο 41(7) του περί Συντάξεων Νόμου 97(Ι)/97, οι εισφορές των **μόνιμων κρατικών υπαλλήλων στο Ταμείο Χηρών και Ορφανών** τερματίζονται όταν ο υπάλληλος συμπληρώσει 400 μήνες εισφορών για σκοπούς μεταβίβασης της σύνταξης στη/στο χήρα/χήρο. Στις εισφορές αυτές λαμβάνονται υπόψη και εισφορές που καταβλήθηκαν ή θεωρούνται ότι καταβλήθηκαν δυνάμει του άρθρου 42 του περί Συντάξεων Νόμου 97(Ι)/97. Σε περίπτωση που δεν είχαν καταβληθεί εισφορές για προηγούμενη υπηρεσία, τότε η υπηρεσία αυτή λογαριάζεται κατά το ½ της απαιτούμενης υπηρεσίας για συμπλήρωση των 400 μηνών.

Ως εκ τούτου, για σκοπούς τερματισμού των αποκοπών για μηνιαία εισφορά στο Ταμείο Χηρών και Ορφανών, κάθε μόνιμος κρατικός υπάλληλος καλείται όπως συμπληρώσει το συνημμένο έντυπο «**Δήλωση Συμπλήρωσης 400 μηνών καταβολής εισφορών για σκοπούς μεταβίβασης της Σύνταξης**» και το αποστέλλει στο Γενικό Λογιστήριο της Δημοκρατίας.

Παρακαλώ όπως το περιεχόμενο της εγκυκλίου μου αυτής γνωστοποιηθεί σε όλο το προσωπικό.

Ανδρέας Αντωνιάδης
Γενικός Λογιστής της Δημοκρατίας

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ 400 ΜΗΝΩΝ ΣΥΝΤΑΞΙΜΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

Όνοματεπώνυμο Υπαλλήλου:

Αρ. Κοινωνικών Ασφαλίσεων : Αρ. Ταυτότητας:

Θέση:.....

Υπουργείο/Τμήμα/Γραφείο:.....

Τηλέφωνο Επικοινωνίας:

Γενικό Λογιστή της Δημοκρατίας
(μέσω**Θέμα: Συμπλήρωση 400 μηνών συντάξιμης Υπηρεσίας**

Επιθυμώ ν' αναφερθώ στο πιο πάνω θέμα και να σας πληροφορήσω ότι την ... / /..... θα έχω / έχω συμπληρώσει 400 μήνες συντάξιμης υπηρεσίας σύμφωνα με τον ακόλουθο Νόμο.

Παρακαλώ επιλέξτε το σχετικό νόμο :

α) Ο Περί Συντάξεως Νόμος (Ν.97(Ι)/97)

ή

β) Ο περί Επαγγελματικού Σχεδίου Συνταξιοδοτικών Ωφελημάτων των Υπαλλήλων της Κρατικής Υπηρεσίας και του Ευρύτερου Δημόσιου Τομέα περιλαμβανομένων και των Αρχών Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Διατάξεις Γενικής Εφαρμογής) Νόμος του 2022) (Ν.210(Ι) / 2022)

Γ' αυτό παρακαλώ όπως, από την προαναφερόμενη ημερομηνία, **αρχίσετε να μου αποκόπτετε την επιπρόσθετη εισφορά**, που έχω υποχρέωση να καταβάλλω, στο Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων ύψους **4,35%** (σύνολο **8,8%**) επί των ασφαλιστέων μου αποδοχών.

Επίσης, σας πληροφορώ ότι η ημερομηνία πρόσληψης/εργοδότησης μου ως Ημερομίσθιος/Ωρομίσθιος/Μόνιμος Υπάλληλος είναι η/...../.....

Υπογραφή Υπαλλήλου Ημερομηνία:.....

Με βάση τα στοιχεία υπηρεσίας του πιο πάνω υπαλλήλου, που υπάρχουν στον προσωπικό του φάκελο, βεβαιώνω την ορθότητα της δήλωσης αυτής ως προς τη συμπλήρωση συντάξιμης υπηρεσίας 400 μηνών, ώστε ν' αρχίσει να του/της αποκόπτεται η υποχρεωτική εισφορά στο Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Υπογραφή Διευθυντή Ημερομηνία:.....

**ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ 400 ΜΗΝΙΑΙΩΝ ΕΙΣΦΟΡΩΝ ΣΤΟ ΤΑΜΕΙΟ ΧΗΡΩΝ ΚΑΙ ΤΕΚΝΩΝ ΓΙΑ
ΣΚΟΠΟΥΣ ΜΕΤΑΒΙΒΑΣΗΣ ΤΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ**

Όνοματεπώνυμο Υπαλλήλου:

Αρ. Κοινωνικών Ασφαλίσεων : Αρ. Ταυτότητας:

Θέση:

Υπουργείο / Υφυπουργείο / Τμήμα /Υπηρεσία:.....

Τηλέφωνο Επικοινωνίας:.....

Γενικό Λογιστή της Δημοκρατίας

(μέσω

Θέμα: Συμπλήρωση 400 μηνιαίων εισφορών στο Ταμείο Χηρών και Τέκνων

Επιθυμώ ν' αναφερθώ στο πιο πάνω θέμα και να σας πληροφορήσω ότι την /..... /

θα έχω συμπληρώσει την καταβολή 400 μηνιαίων εισφορών στο Ταμείο Χηρών και Τέκνων για σκοπούς μεταβίβασης της σύνταξης στη χήρα / χήρο και παρακαλώ όπως τερματίσετε την αποκοπή τέτοιων εισφορών από τον μισθό μου.

Επίσης, σας πληροφορώ ότι η ημερ. Πρόσληψης / εργοδότησης μου ως Ημερομίσθιος / Ωρομίσθιος / Μόνιμος Υπάλληλος είναι η /...../

Υπογραφή Υπαλλήλου: Ημερομηνία:

Με βάση τα στοιχεία υπηρεσίας του πιο πάνω υπαλλήλου, που υπάρχουν στον προσωπικό του / της φάκελο, βεβαιώνω την ορθότητα της δήλωσης αυτής, ως προς την καταβολή 400 μηνιαίων εισφορών στο Ταμείο Χηρών και Τέκνων, για σκοπούς μεταβίβασης της σύνταξης στη/στο χήρα/χήρο, περιλαμβανομένων και τυχόν εισφορών που επέλεξε να καταβάλει για αναγνώριση προηγούμενης υπηρεσίας χωρίς εισφορές.

Υπογραφή Διευθυντή : Ημερομηνία:.....