

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 8

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**  
**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ**  
**e-ΕΦΚΑ**  
**ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΣ ΕΘΝΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ**  
**ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ**

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : .....  
 ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤ.: .....

Τοπική Διεύθυνση e-ΕΦΚΑ.....  
 Τμήμα Ασφάλισης - Εισφορών  
 Ταχ. Διεύθυνση:  
 Πληροφορίες :  
 Αριθ.τηλ. :

**ΘΕΜΑ:** «Απόρριψη αίτησης για επιστροφή αχρεωστήτως καταβληθεισών ασφαλιστικών εισφορών, χρονικής περιόδου από ..... έως ..... στον/στην ασφαλισμένο/η του Δημοσίου Τομέα ..... με Α.Σ. ...., Α.Μ.Κ.Α ..... και Α.Φ.Μ.....».

**ΑΠΟΦΑΣΗ**

Ο/Η Διευθυντής/ντρια της Τοπικής Διεύθυνσης ..... e-ΕΦΚΑ.

**Έχοντας Υπόψη:**

1. Τις διατάξεις της περ.γ' της παρ.13 του άρθρου34 του Οργανισμού e-ΕΦΚΑ (ΠΔ 8/19, ΦΕΚ 8/τ.Α').
2. Τις διατάξεις του άρθρου 104 του Ν. 4387/2016 (ΦΕΚ 85/τ.Α'), όπως αντικαταστάθηκε από τότε που ίσχυσε, με το άρθρο 15 του Ν.4488/2017 (ΦΕΚ 137/τ.Α'), και την κατ' εξουσιοδότηση υπ' αριθμ:Δ.15/Δ'90598/11-11-2021 (ΦΕΚ Β' 5404) Απόφαση του Υφυπουργού Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης & Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
3. Τις διατάξεις του τελευταίου εδαφίου της παρ. 6 του άρθρου 40 του Ν.1846/51, όπως αντικαταστάθηκε από την παρ. 1 του άρθρου 7 του Ν.825/78 και τις διατάξεις της παρ. 8 του άρθρου 21 του Ν.1902/90.
4. Τις διατάξεις του άρθρου 83 Ν.Δ. 356/74 Κ.Ε.Δ.Ε., σε συνδυασμό με τις διατάξεις του άρθρου 55 του Ν.2676/99, σύμφωνα με τις οποίες διενεργείται αυτεπάγγελτος και υποχρεωτικός συμψηφισμός με υφιστάμενη βεβαιωμένη οφειλή.
5. Την υπ' αριθμ. πρωτ. ....αίτηση του ασφαλισμένου του Δημοσίου Τομέα ..... με Α.Σ. ...., Α.Μ.Κ.Α. .... και Α.Φ.Μ. .... ή του εργοδότη με την επωνυμία ..... (Α.Μ.Ε. ....).

6. Την από .....βεβαίωση του εκκαθαριστή μισθοδοσίας του εργοδότη, μετά των συνημμένων καταστάσεων.
7. Την από .....Έκθεση Ελέγχου – Εισηγήση της Υπηρεσίας.

### **Αφού σκεφτήκαμε σύμφωνα με το Νόμο**

Επειδή, από τον έλεγχο που διενεργήθηκε την ..... στον εργοδότη με την επωνυμία ..... (Α.Μ.Ε. ....), από κανένα στοιχείο δεν διαπιστώθηκε ότι έχουν καταβληθεί αχρεώστητα ασφαλιστικές εισφορές που να αναλογούν στον/ην ασφαλισμένο/η του Δημοσίου Τομέα....., με Α.Σ. .... Α.Μ.Κ.Α. .... και Α.Φ.Μ. ...., και για τη χρονική περίοδο από ..... έως ....., **Η** διαπιστώθηκε ότι η απαίτηση του/της ασφαλισμένου/ης του Δημοσίου Τομέα....., με Α.Σ....., Α.Μ.Κ.Α..... και Α.Φ.Μ.....για την χρονική περίοδο από ..... έως ....., έχει υποπέσει σε παραγραφή, καθότι ανάγεται σε χρονικό διάστημα απώτερο της πενταετίας από την υποβολή της κρινόμενης αίτησης.

### **Α Π Ο Φ Α Σ Ι Ζ Ο Υ Μ Ε**

Την απόρριψη της υπ' αριθμ. πρωτ. .... αίτησης του/της ασφαλισμένου/ης του Δημοσίου Τομέα ..... Α.Σ.....,Α.Μ.Κ.Α.....,Α.Φ.Μ....., περί επιστροφής αχρεωστήτως καταβληθεισών ασφαλιστικών εισφορών, χρονικής περιόδου από ..... έως ....., για τους λόγους που αναφέρονται στο σκεπτικό.

**Ο/Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ/ΝΤΡΙΑ**

### **ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:**

#### **1. ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ/Η**

.....  
(Με απόδειξη παραλαβής)  
Με την πληροφορία ότι κατά της απόφασης αυτής μπορεί να υποβληθεί ένσταση – αίτηση θεραπείας εντός 30 ημερών από την παραλαβή της, ενώπιον της Τοπικής Διοικητικής Επιτροπής της Τοπικής μας Δ/νσης.

#### **Εσωτερική Διανομή:**

Τμήμα Ασφάλισης - Εισφορών