

T.C.
SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI
..... **Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü**
..... **Sosyal Güvenlik Merkezi**

Şirketimiz sigorta sicil numaralı çalışanlarından .../.../..... doğumlu 'da şirketimiz adına ... /... /..... - ... /... / tarihleri arası görevlendirilmiş / tarihleri arası uzayan görevi nedeniyle görevlendirilmiş olup görev bitim tarihine kadar gerekli olan formülerinin verilmesini,

Ayrıca, görev bitim tarihine kadar olan primlerinin firmamız tarafından yatırılacağını, görev bitim tarihinden önce personelimizin işten ayrılması halinde Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğüne/ Sosyal Güvenlik Merkezimize bildirileceğini, konuyla ilgili firmamızın sorumluluğunda olan görevlerimizi yerine getireceğimizi taahhüt ederiz.

Yurt dışı işçi hizmetleri servisine yapmış olduğumuz tüm evrak işlerinde şirketimiz çalışanlarından yetkilidir.

Gereğinin yapılmasını müsaadelerinize arz ederiz.

Firma Yetkilisinin
Adı Soyadı
Kaşe – İmza

Ekler:


Ek-1: Görev yazısı

Ek-2: Yurt dışındaki işyeri ile Türkiye'deki işveren arasındaki ilişkiyi kanıtlayan belge

Ek-3: Gideceği ülkedeki işyeri bilgileri

Ek-4: Uzayan görev süresi için uzatmaya ilişkin gerekçe

**Sosyal Güvenlik Sözleşmesi İmzalanmış Ülkelerde Sağlık Yardımları
Talep ve Beyan Taahhüt Belgesi**

	T.C. SOSYAL GÜVENLİK KURUMU Emeklilik Hizmetleri Genel Müdürlüğü		Evrak Kaydı (Tarih / Sayı)	
	Sigortalının/Emeklinin Adı Soyadı:		T.C. No:	
				Gidilecek Ülke
5510 Sayılı Kanuna Göre Sigortalılık Statüsü				
4/1-(a)		4/1-(b)		4/1-(c)
<input type="checkbox"/> Çalışan	<input type="checkbox"/> Emekli	<input type="checkbox"/> Çalışan	<input type="checkbox"/> Emekli	<input type="checkbox"/> Çalışan <input type="checkbox"/> Emekli
Sosyal Güvenlik Sicil No / Tahsis No :				
Belge Talebinde Bulunan				
<input type="checkbox"/> Kendisi			<input type="checkbox"/> Aile Bireyi	
Yurt Dışında Bulunma Nedeni:				
<input type="checkbox"/> Geçici Görev	<input type="checkbox"/> Eğitim	<input type="checkbox"/> Geçici Bulunma	<input type="checkbox"/> Sürekli İkamet	
Yurt Dışında Geçici veya Sürekli İkamet Edenlerin/Edeceklerin				
T.C. No:	Adı Soyadı	Doğum Tarihi	Sigortalıya Yakınlığı	
1)				
2)				
3)				
4)				
<p>...../...../..... -/...../..... süresinde,’da/de sağlık yardımlarından yararlanabilmek için durumuma uygun belgenin verilmesini arz ederim.</p> <p>Yurt dışında sağlık yardımlarından yararlanma hakkımın bulunmadığını, bu hakka sahip olduğumda durumu derhal Kuruma bildireceğimi; Kurumunuz nezdindeki sağlık yardım hakkımın sona ermesi halinde ve yukarıda öngörülen tarihten önce Türkiye’ye dönmem halinde durumu derhal Kurumunuza bildireceğimi; aksi halde Kurumca yurt dışındaki hastalık kasalarına ödenen miktarın tarafıma borç çıkartılmasını, bu borçtan dolayı Kuruma herhangi bir sorumluluk yüklemeyeceğimi,</p> <p>Beyanlarımın doğruluğunu, gerçeğe aykırılığın ya da bildirmeyi taahhüt ettiğim durumları usulüne göre süresinde bildirmedişimin tespit edilmesi halinde, yurtdışındaki sağlık yardımlarının durdurulacağını, adıma yapılan sağlık yardımlarından dolayı yurt dışındaki hastalık kurumlarına yersiz yapılan ödemeleri Kurumun talebi üzerine 5510 sayılı Kanununun 96 ncı maddesine göre geri ödeyeceğimi, ayrıca hakkımda Türk Ceza Kanununun 204 üncü maddesi birinci fıkrasına göre kovuşturma yapılacağını kabul, beyan ve taahhüt ederim.</p>				
Talep Sahibinin				
Ekler:	Türkiye Adresi	Yurt Dışı Adresi	Adı Soyadı	
1)			Tarih ve İmza	
2)				
3)				
4)		/...../.....	



**SOSYAL GÜVENLİK SÖZLEŞMELERİNE GÖRE AKİT ÜLKELERDEN
GELİR/AYLIK TALEP DİLEKÇESİ**

	SİGORTALI	HAK SAHİBİ
1- T.C. KİMLİK NUMARASI		
2- ADI VE SOYADI		
3- AYLIK TALEP TÜRÜ	<input type="checkbox"/> GELİR	
	<input type="checkbox"/> YAŞLILIK AYLIĞI	
	<input type="checkbox"/> MALULLÜK AYLIĞI	
	<input type="checkbox"/> ÖLÜM AYLIĞI	
4- AYLIK TALEBİNDE BULUNULAN ÜLKE		
5- AYLIK TALEBİNDE BULUNULAN ÜLKEDE GEÇEN HİZMET SÜRESİ	---/---/-----'den ---/---/-----'e kadar	
6- AYLIK TALEBİNDE BULUNULAN ÜLKE SİGORTA NUMARASI		
7- YURT DIŞINDA ÇALIŞILAN DİĞER ÜLKELER		
8- YURT DIŞINDAN GELİR/AYLIK ALIYOR MUSUNUZ? EVET İSE HANGİ ÜLKE	<input type="checkbox"/> EVET	ÜLKE ADI
	<input type="checkbox"/> HAYIR	
9- SİGORTALI/HAK SAHİBİ TÜRKİYE'DE AYLIK ALIYORSA ÇEŞİDİ	<input type="checkbox"/> KENDİNDEN	<input type="checkbox"/> EŞİNDEN
	<input type="checkbox"/> ANA-BABADAN	<input type="checkbox"/> ÇOCUKTAN

10- HİZMET DURUMU		
S.S.K. 4/1 - (a)	HİZMET SÜRELERİ VE GEÇTİĞİ İLLER	
	İSTEĞE BAĞLI	
	TOPLULUK	
	BORÇLANMA	
BAĞ-KUR 4/1 - (b)	HİZMET SÜRELERİ VE GEÇTİĞİ İLLER	
	İSTEĞE BAĞLI	
	TOPLULUK	
	BORÇLANMA	
EMEKLİ SANDIĞI 4/1 - (c)	HİZMET SÜRESİ	
	TAHSİS NUMARASI	
DİĞER SANDIKLAR	SANDIK / VAKIF ADI	
	SİCİL NUMARASI	
	HİZMET SÜRESİ	

Yukarıdaki beyanımı doğrular, beyanımda herhangi bir değişiklik olması halinde durumu derhal yazılı olarak Kuruma bildireceğimi, buna göre beyanım esas alınarak akit ülkeden gelir/aylık talebimle ilgili gerekli işlemlerin yapılmasını arz ederim.

Sigortalı veya Hak Sahibinin	Adresi		Adı Soyadı :
	Telefon numarası		İmzası :
	E-posta adresi		
Ek:	1- 2-		Tarih :

NOT: Bu dilekçe sosyal güvenlik sözleşmelerinin uygulanmasında akit ülke sigorta kurumundan gelir/aylık talebinde bulunanlar tarafından doldurulacaktır. Kurumumuzdan aylık talebinde bulunacakların, ayrıca Gelir/Aylık /Ödenek Talep Belgesi ile başvuruda bulunması gerekmektedir.